UNIVERSITY
OF MINNESOTA

THE LIBRARY

B616.8
M755

v. 16

OTTO HARRASSOWITZ
BUCHHANDLUNG-ANTIQ.
LEIPZIG

MONOGRAPHIEN AUS DEM GESAMTGEBIETE DER NEUROLOGIE UND PSYCHIATRIE

HERAUSGEGEBEN VON

M. LEWANDOWSKY † -BERLIN UND K. WILMANNS-HEIDELBERG

HEFT 16

DER SENSITIVE BEZIEHUNGSWAHN

EIN BEITRAG ZUR PARANOIAFRAGE UND ZUR PSYCHIATRISCHEN CHARAKTERLEHRE

VON

DR. ERNST KRETSCHMER

TÜBINGEN

UNIVERSITY OF MINNESOTA LIBRARY

BERLIN

VERLAG VON JULIUS SPRINGER

1918

Alle Rechte, insbesondere das der Übersetzung in fremde Sprachen, vorbehalten.

Copyright 1918 by Julius Springer in Berlin.

UNIVERSITY OF
MINNESOTA
LIBRARY

616.8
11,7

Vorwort.

Die äußeren Umstände sind dieser im Jahre 1914 begonnenen Arbeit nicht günstig gewesen. Sie bedingten neben starker Verzögerung vor allem Ungleichmäßigkeiten und Lücken in der Verarbeitung der Literatur, die der Kriegszeit zugute gehalten werden müssen. Für die unter diesen schwierigen Verhältnissen gewährte Förderung und das von Anfang an der Arbeit entgegengebrachte Interesse bin ich Herrn Professor Dr. Gaupp zu wärmstem Dank verpflichtet. Die Fälle sind zum Teil, mit Erlaubnis von Herrn Professor Dr. Gaupp, dem Material der Tübinger Nervenklinik, zum Teil meiner Nervenstation Mergentheim entnommen.

290562

Inhaltsverzeichnis.

Seite

Erstes Kapitel:

Psychogen und paranoisch. Überwertige Idee und abortive Paranoia 1

Zweites Kapitel:

Zur psychiatrischen Charakterlehre 8

Drittes Kapitel:

Der erotische Beziehungswahn alter Mädchen 30

Viertes Kapitel:

Der Masturbantenwahn 68

Fünftes Kapitel:

Berufskonflikte 83

Sechstes Kapitel:

Zusammengesetzte Charaktere 94

Siebentes Kapitel:

Habituelle Beziehungsneurosen 117

Achtes Kapitel:

Zusammenfassung und Abgrenzung 126

Literatur 165

Erstes Kapitel.

Psychogen und paranoisch. Überwertige Idee und abortive Paranoia.

Wernicke erzählt in seinem Lehrbuch von einer Lehrerin an einer höheren Töchterschule, einem vierzigjährigen Fräulein, die sich im stillen in einen Kollegen verliebt hatte. Sie glaubte zu bemerken, daß er ihre Neigung erwidere, sie lebte sich vollkommen in diesen Gedanken ein, sie meinte ihre Beobachtung bis in die kleinsten Alltagsereignisse hinein verfolgen zu können und erwartete zuletzt bestimmt, daß der Herr sich ihr eines Tages erklären werde; endlich verließ er den Ort, ohne etwas von ihren Gefühlen zu ahnen. Im Zusammenhang mit diesem inneren Liebeserlebnis entwickelte sich bei ihr ein systematisierter Beziehungswahn: Schülerinnen, Kollegen und Kolleginnen wußten um das Verhältnis, veränderten ihr Benehmen, ließen anzügliche Bemerkungen fallen, der Direktor mußte sich eingemischt haben, und endlich war sie fest überzeugt, daß die Intrigen der ganzen Lehrerschaft ihre Hoffnungen auf den jungen Mann zunichte gemacht hatten. Wernicke, der sie noch viele Jahre nach ihrer Erkrankung in ihrer Berufsarbeit beobachtete, schildert sie als eine gebildete, feinfühlige Dame von zarten Ehr- und Pflichtbegriffen, von innerlich sehr erregbarem Affektleben, in ihrem Liebesverhältnis bis zur Sprödigkeit zurückhaltend. Sie sei eine sehr tüchtige, eifrige Lehrerin und wohl beruflich überanstrengt gewesen.

Mit diesem Bild illustriert Wernicke das, was er zirkumskripte Autopsychose auf Grund der überwertigen Idee nennt; seine Ausführungen über diese Krankheit sind eines der ersten direkten Streiflichter, die auf unser klinisches Krankheitsbild fallen. Die Art, wie Wernicke das Problem anfaßt, ist charakteristisch für die Vorzüge und Schwächen seiner Forschungsweise; sie erklärt es, daß die „überwertige Idee" ebenso wie andere seiner feinen Konzeptionen sozusagen neben der weiterströmenden Entwicklung der klinischen Psychiatrie liegengeblieben ist und keine rechte Verwertung darin gefunden hat. Die zirkumskripte Autopsychose auf Grund der überwertigen Idee ist eine Beobachtung, aber kein Krankheitsbild. Wernicke hat sie gepflückt, ohne sie mit den Wurzeln herauszuheben.

Er hat festgestellt, daß es Formen umschriebenen Beziehungswahns gibt, die unmittelbar aus einem realen Erlebnis entspringen und dauernd in diesem Erlebnis ihren Kernpunkt haben. „Besonders solche Erlebnisse werden zur Entstehung einer überwertigen Idee führen, welche ihrem Inhalt nach besonders schwer assimilierbar, d.h. mit dem schon vorhandenen Inhalt des Bewußtseins verträglich sind." Er gibt dafür ein Beispiel an einem 61jährigen Privatier, bei dem sich ein Beziehungswahn entwickelt hatte; das zugrunde liegende Erlebnis war die Tatsache, daß er einem Mädchen einen Antrag gemacht, sie aber nachträglich wegen ihrer mißlichen Vermögensverhältnisse

hatte sitzen lassen, eine Handlungsweise, die zu dem sonstigen rechtschaffenen Charakter des Kranken im Gegensatz stand. Den Grund, weshalb solche Erlebnisse, die doch auch dem gesündesten Seelenleben zuweilen nicht erspart bleiben, nun zum Beziehungswahn führen, findet Wernicke in dem besonders hohen Grad des Affekts, der sie begleitet.

Damit aber ist für ihn die Frage erschöpft. Er lehnt ein weiteres Eindringen in den klinischen Untergrund der überwertigen Idee ab. Nach den hellen psychologischen Lichtern, die er soeben seiner Skizze aufsetzte, will es uns befremden, wenn er nun sagt, daß fast jedes beliebige Ereignis zur Entstehung einer überwertigen Idee führen kann und daß es auf die Art des Affektes gar nicht ankommt. Und wenn er nun fortfährt, daß die überwertige Idee das Anfangsstadium einer fortschreitenden akuten und subakuten Psychose mit Einschluß der Paralyse bilden könne und daß sie eine selten fehlende Teilerscheinung der Melancholie sei, so erkennen wir, daß er die scheinbar nahe vorschwebenden Konturen eines aus Charakter und Erlebnis sich entwickelnden Krankheitsbildes verwischt und sich darauf beschränkt hat, einen Symptomkomplex zu zeichnen. Er lehnt zum Schluß das Forschen nach charakterologischen Bedingungen geradezu ab, indem er kurz bemerkt, daß bei der oben erwähnten Dame eine psychopathische Grundlage nicht vorhanden gewesen sei.

In den „Beiträgen zur Lehre von der Paranoia" hat Friedmann den Formkreis der zirkumskripten Autopsychose nicht von dem abstrakt symptomatologischen Standpunkt Wernickes aus, sondern auf breiterer klinischer Grundlage und speziell mit dem Interesse des praktischen Differentialdiagnostikers behandelt. Das reichliche und wertvolle Material an Krankengeschichten, das die Abhandlung enthält, wird im folgenden zu verwerten sein. Indem Friedmann von „milden Paranoiaformen" spricht, sucht er seine Krankheitsbilder in das herrschende diagnostische System einzufügen; er betrachtet sie als eine Unterart der echten chronischen Paranoia Kraepelins, mit der Besonderheit eines milden Verlaufs und relativer Heilbarkeit.

Er schildert eine nicht gerade häufige paranoische Wahnbildung im Sinne des Beeinträchtigungswahns bei Personen, welche zwar von Charakter sensibel, eigensinnig und exaltiert sind, die aber bis dahin noch nie psychisch krank waren, normale Intelligenz besitzen und bei denen keinerlei spezifische Ätiologie vorliegt. In der Mehrzahl der Fälle sind es Frauen und Mädchen im Alter zwischen 30 und 40 Jahren. Geraten diese unter einen stärkeren äußeren Konflikt oder erleiden sie eine Enttäuschung oder Schädigung, so entwickelt sich im Laufe einer Reihe von Monaten oder auch noch langsamer ein Wahnsystem, das sich mit den Ursachen oder den Folgen jener Schädigung beschäftigt, welches sich aber ausschließlich bei dieser einzigen Gedankenkette begrenzt. Was allein noch hinzutritt, das ist ein ebenfalls beschränkter Beobachtungswahn ohne Halluzinationen. Die Besonnenheit und Berufsfähigkeit bleibt vollkommen gewahrt. Die Patienten geraten in einen leidenschaftlichen Affekt, der aber weder manische, noch depressive Färbung besitzt; auch wird der Wahn mit gutem, logischem Zusammenhang gebildet. Nach einer Zeit der Blüte, welche 1—2 Jahre dauert, verblaßt der Affekt sehr deutlich, die Patienten gewinnen ihre Ruhe wieder und sprechen selten mehr von der ganzen Sache. Doch haben sie ihren Wahn nicht korrigiert, sondern halten seine Realität noch eigensinnig aufrecht.

Indessen kommt in den echten Fällen nichts mehr hinzu, und die Personen sind im praktischen Sinne als geheilt zu betrachten. Ziemlich gleichmäßig beansprucht dieser ganze Verlauf den Zeitraum von 2—3, meist $2^1/_2$ Jahren.

Während Friedmann das Krankheitsbild der Paranoia und die Zugehörigkeit seiner eigenen Gruppe zu demselben als etwas Gegebenes hinnimmt, bespricht er eingehend und treffend die Schwierigkeit und Notwendigkeit der Differentialdiagnose zwischen seinen Fällen und den paranoiden Formen der manisch-depressiven Gruppe, besonders dort, wo sie protrahiert verlaufen. Eine grundsätzliche Trennung — dies ist der wichtigste Fortschritt, den Friedmanns Betrachtungsweise bringt — ist nur möglich durch Hervorhebung der Pathogenese. Es ist dies dieselbe Forderung, die Heilbronner bald darauf auch für den Querulantenwahn gestellt hat: Beginn und Entwicklung sollen entscheiden, statt Ausgang und Verlauf. Zu dem Kraepelinschen Forschungsprinzip, das besonders den letzteren Gesichtspunkt stark betont, ist gerade in der Paranoialehre jene andere Betrachtungsweise eine notwendige Ergänzung. Die Wahnbildung, sagt Friedmann, läßt sich in seinen Fällen „direkt von einer ursprünglichen Anomalie im Charakter und in der intellektuellen Konstitution des Erkrankten herleiten", während in der manisch-depressiven Psychose der Wahn ohne wesentliche Kontinuität mit der Geistesartung in gesunden Tagen sich bilden würde. Der Unterschied, den Friedmann hier erfaßt, ist seither begrifflich immer klarer herausgearbeitet und in seiner Bedeutung erkannt worden; Jaspers hat ihn in der Gegenüberstellung der „Entwicklung" gegen „Phase" und „Prozeß" besonders sauber ausgeprägt. Wir werden deshalb die in ihrer Vieldeutigkeit nicht gerade glückliche Bezeichnung „endogen" und „exogen" weiterhin beiseite lassen können, ohne dadurch die sachliche Übereinstimmung mit Friedmann zu verlieren. Die Entstehungsart seiner „milden systematisierenden Paranoia", die er als „endogen" bezeichnet, würde man lieber mit Heilbronner geradezu „charakterogen" nennen.

Es erhellt, wie sehr Friedmann gegenüber Wernicke das Problem gefördert hat. Er hat die „überwertigen Ideen", die als Nebenprodukte beliebiger Geisteskrankheiten entstehen, aus der Betrachtung ausgeschieden und begonnen, für seine an die Paranoia angelehnten Krankheitsfälle eine Differentialdiagnostik zu schaffen; damit war ein entschiedener Schritt aus der rein symptomatologischen Betrachtungsweise herausgetan. Was im folgenden kritisch auseinandergesetzt wird, soll nicht sein großes Verdienst um unsere Frage schmälern, sondern den Punkt zeigen, an dem er stehengeblieben ist und von dem aus wir sie weiterführen müssen. Friedmann hat darauf verzichtet, auf die Qualität der Erlebnisse, die die „milde Paranoia" auszulösen vermögen, psychologisch näher einzugehen. So kommt es, daß sich unter sein Material vielleicht doch Fälle eingemischt haben, wo es sich nicht um charakterogene Entwicklungen, sondern um zufällige Erlebniswirkungen bei Prozessen (immer mit Jaspers zu reden) handelt; für seinen Fall 4 hat er dies selbst zugegeben. Wir werden im einzelnen später darauf zurückkommen.

Der bei weitem wichtigste Punkt aber ist die Untersuchung der charakterologischen Grundlage, auf der die Wahnbildung solcher Kranken erwächst. In dieser Richtung ist Friedmann sehr zurückhaltend, zum Teil aus Mangel an speziellen Daten über den Charakter seiner Patienten. Vor allem

aber betont er mit Recht, daß wir zu weit von einer wissenschaftlichen Charakterlehre überhaupt entfernt sind, als daß wir das Problem von dieser Seite her anfassen könnten. — Dies ist der Grund, weshalb wir in der vorliegenden Abhandlung gezwungen sind, der speziellen klinischen Untersuchung wenigstens die flüchtige Skizze einer Charakterlehre vorauszuschicken, um über den von Friedmann erkannten toten Punkt hinauszukommen.

Die Zahl der Autoren der älteren Generation, die der „milden Paranoia" spezielle Beachtung geschenkt haben, ist im übrigen nicht groß. Ziehen erwähnt paranoide Formen der Neurasthenie, eine rudimentiäre oder abortive Paranoia; möglicherweise meint er damit Fälle ähnlich den Friedmannschen; er sagt, daß manche Menschen jahrelang am Rande der Paranoia gehen, ohne doch jemals wirklich dieser zu verfallen. Auf seinen „Gouvernantenwahnsinn" werden wir später zurückkommen. Gierlich liefert in seiner Abhandlung über periodische Paranoia schöne Krankengeschichten, die wir sehr beachten müssen, auch wenn er sie unter einem Gesichtspunkt behandelt, der nicht der unsere ist. Er zeigt uns stark belastete, nervöse Menschen, gebildet und tüchtig, von gemütlich verletzbarem, ehrgeizigem Wesen, die unter der kombinierten Wirkung kränkender Erlebnisse und neurasthenischer Ermüdung wiederholt in akut paranoische Zustände verfallen.

Die reiche und wertvolle Literatur, die seit diesen älteren Arbeiten auf dem Gebiet der psychogenen Wahnbildung und über die Beziehungen zwischen ihr und der Paranoia geschaffen wurde, ist in den letzten Jahren wiederholt, besonders von Schnitzer und von Krüger, im Überblick dargestellt worden. Der Gegenstand unserer Arbeit wird durch diese Arbeiten meist nicht unmittelbar berührt. Das Interesse der Forscher hat sich hier vorzugsweise um die Wahnbildung der im engeren Sinn degenerativen Persönlichkeiten konzentriert, in zweiter Linie sich auch der Stellung der Querulantengruppe zwischen Paranoia und psychogener Wahnbildung zugewandt. In ersterer Beziehung ist das Studium der Haftpsychosen recht eigentlich ein Brennpunkt der Forschung geworden und hat von seiner Seite viel dazu beigetragen, der etwas scholastisch erstarrten Paranoiadiskussion wieder frische Gesichtspunkte zuzuführen, besonders die unfruchtbare Isolierung, in der sich das Krankheitsbild der Paranoia gegenüber den psychogenen Seelenstörungen befand, aufzulockern. Neben den bekannten Arbeiten von Bonhoeffer, Siefert, Wilmanns und Rüdin sei besonders der von Birnbaum umschriebene Krankheitsbegriff der „wahnhaften Einbildungen der Degenerierten" hervorgehoben, auf den wir bei der Einreihung unseres Krankheitsbildes zurückkommen. Auch die wertvolle Arbeit H. W. Maiers über die kathathyme Wahnbildung bewegt sich, soweit sie sich mit der Paranoia befaßt, vorwiegend auf dem Gebiet der geistig stark defekten, im engeren Sinn degenerativen Persönlichkeiten. In der Frage des Querulantenwahns ist besonders die klare Stellungnahme Heilbronners zugunsten engerer Beziehungen zwischen psychogener Wahnbildung, speziell der Hysterie, und dem Querulantenwahn bemerkenswert. Die Tatsache, daß Kraepelin im neuesten Lehrbuch den Querulantenwahn unter die psychogenen Erkrankungen versetzt hat, und die zahlreichen Seitenblicke, die er bei der Zeichnung seines neuen Paranoiabildes, wenn auch vorerst oft vermutungsweise und mit Vorbehalt, nach der Richtung der psychogenen Wahnbildung hin gibt, bezeichnen am besten den begon-

nenen, aber von vielen Autoren erst zögernd mitgemachten Umschwung in der älteren Paranoialehre. Jaspers hat mit seinen schönen begrifflichen Formulierungen, die er an dem praktischen Beispiel des Eifersuchtswahns und noch grundsätzlicher in seinem Lehrbuch gab, viel zur rascheren Klärung dieses gärenden Umbildungsprozesses beigetragen. Der Gang der Umbildung hat für jeden, der sehen will, den unerbittlich zwingenden Lauf nach dem Endziel: das paranoische Symptombild ganz auf die Seite der bis zu einem gewissen Grad „verständlichen", „einfühlbaren" Persönlichkeitsentwicklungen hinüberzuziehen, es damit einerseits in engste Beziehung mit der „psychogenen" Wahnbildung zu bringen, andererseits die besonnene Wahnbildung der „Prozeß"-erkrankungen möglichst reinlich aus dem Paranoiabegriff auszuscheiden. Die letztere Folgerung ist von Kraepelin durch die Aufstellung der Paraphreniegruppe schon viel rückhaltloser gezogen als die erstere.

Durch den ganzen Forschungsgang auf dem paranoisch-psychogenen Grenzgebiet von der „milden Paranoia" Friedmanns bis auf die Abhandlung Maiers zur „katathymen Wahnbildung" können wir nun die eigentümliche Einseitigkeit der Blickrichtung verfolgen, die uns schon bei Friedmann auffiel, nämlich daß der Wirkung äußerer Erlebnisse bei der Krankheitsgenese die lebhafteste Aufmerksamkeit sich zuwendet, während über die spezielle Art der Charakteranlage in ihrer kausalen Stellung zum Krankheitsbild (natürlich nicht die Charakteranlage als solche, die überall als wichtige Voraussetzung gilt) sehr wenig grundsätzliche Resultate sich ergeben haben. Diese vorwiegende Blickrichtung auf das Erlebnis, den „Komplex", ist besonders denjenigen Kreisen eigen, die mit der psychoanalytischen Schule in näherer Berührung stehen.

In der Tat haben die Erörterungen über „den" paranoischen Charakter bisher nur das eine, einigermaßen allgemein anerkannte Ergebnis gehabt, daß es eine einheitliche paranoische Veranlagung nicht gibt, sondern daß verschiedene Charaktere zur Paranoia führen können. So mußte sich Kraepelin in der neuesten Lehrbuchauflage mit der kurzen, unbestimmten und wenig abgegrenzten Kennzeichnung begnügen: „Am häufigsten schien ein reizbares, aufgeregtes, bisweilen rohes, gewalttätiges Wesen zu sein. Andere Kranke waren mißtrauisch, eigenwillig, abergläubisch oder ehrgeizig, streberisch, unstet, unwahrhaftig, noch andere willensschwach und unbegabt." — In der älteren Paranoialiteratur herrschten solche Beschreibungen des paranoischen Charakters vor, die den Typen des Querulanten und des verfolgten Verfolgers ihre harte, sthenische Färbung verdankten; so erscheint noch in der von Tiling versuchten charakterologischen Gruppierung der Paranoiker vorwiegend als hochmütig, eigensinnig, von dünkelhaftem Selbstbewußtsein und kampfbereiter Entschlossenheit, rachsüchtig, nachtragend und ehrgeizig, und Friedmann hebt die Entschlußkraft des Paranoikers, sein leidenschaftliches, vorschnelles, eigensinnig verbohrtes Denken und den entschiedenen Gegensatz zur zwangsneurotischen Persönlichkeit hervor.

Hier ist zuerst Gaupp mit einer ins einzelne gehenden Charakteristik hervorgetreten, in der er die paranoische Persönlichkeit von einer anderen Seite zu beleuchten unternahm, in dem Vortrag über paranoische Veranlagung und abortive Paranoia. Gaupp hat hier darauf hingewiesen, wie notwendig eine weitere Klärung der charakterologischen Grundlagen paranoischer Wahnbildung

ist, und er hat den landläufigen Paranoikertypen, besonders den Schilderungen des stolzen, leidenschaftlichen und verbohrten Paranoikers, ein anderes Bild[1]) gegenübergestellt, das er als depressiv-paranoische Veranlagung bezeichnet und in nahe Beziehung zum psychasthenischen und zwangsneurotischen Charakter bringt. Er knüpft hier an die Beobachtung von Janet an, der den initialen Seelenzustand mancher Paranoiker als einen psychasthenischen bezeichnet und der bemerkt, daß bisweilen Zwangszustände mit wohlerhaltener Krankheitseinsicht den Verfolgungsideen vorangehen. Die Selbstkritik und Selbstherabsetzung Psychasthenischer verbindet sich nach ihm nicht selten mit Beziehungs- und Verfolgungsideen. Es gibt eine „Paranoia rudimentaire", die mit den „Obsessions des scrupuleux" verwandt ist. Janet sagt geradezu: „Der Verfolgungswahn steht den Zwangsvorstellungen sehr nahe, und ich wundere mich darüber, daß man sie immer so weit voneinander trennt."

Gaupp schildert seine Krankheitsfälle folgendermaßen: es sind gebildete Männer zwischen 25 und 45 Jahren, gutmütige, bescheidene, eher ängstliche, wenig selbstsichere Persönlichkeiten, häufig pedantisch gewissenhaft, skrupulös, dabei reflektierende Menschen, zur Selbstkritik geneigt, frei von Selbstüberhebung und Kampfstimmung. Sie bilden geradezu das Gegenstück des Querulantencharakters. Bei solchen Menschen nun kommt es zu einer ganz schleichenden Wahnbildung auf der Basis der krankhaften Eigenbeziehung, wahrscheinlich in mehr oder weniger engem, zeitlichem Anschluß an ein Erlebnis. Bei den vielen psychasthenischen Symptomen, die den Zustand begleiten, kommt es zur Ausbildung eines psychischen Krankheitsgefühls. Die ethische Feinfühligkeit der Kranken bedingt Reflexionen und Selbstvorwürfe, ob nicht ihr eigenes Verhalten dem vermeintlichen Gegner Material zu seinen Verfolgungen gebe. Ein allgemeiner Beziehungswahn wird nicht gebildet, es besteht kein Mißtrauen gegen Arzt und Klinik, sondern sogar Arztbedürfnis. Aussprache kann vorübergehend den Wahn beseitigen, es kann zeitweise Einsicht für frühere wahnhafte Deutungen sich einstellen. Dabei bleibt aber doch durch Jahre, selbst viele Jahre, dauernd der Beziehungswahn erhalten, stets logisch verarbeitet, frei von phantastischen Ideen; Sinnestäuschungen zeigen sich höchstens vereinzelt. Die Stimmung schwankt nach Art psychopathischer Schwankungen von Tag zu Tag. Nicht alle Fälle verlaufen progressiv, manche stationär oder remittierend. Der Beziehungswahn ist weder generell, noch auch einseitig gerichtet, die überwertige Idee beherrscht nicht in dem Maße die Symptomatologie wie beim Querulanten. Charakteristisch ist die absolute Bescheidenheit der Kranken, die auch nach Jahren niemals Größenideen hervorbringen. — Die Hauptzüge der abortiven Paranoia nach Gaupp sind also: die psychasthenisch-zwangsneurotische Grundveranlagung; während der Krankheit selbst die schleichende Wahnbildung, der durchgängig depressiv-verzagte Affekt, die halbe Krankheitseinsicht, die Schwankungen des Verlaufs und das Ausbleiben egoistischer Verödung.

Es braucht kaum betont zu werden, daß das Krankheitsbild selbst, das Gaupp hier beschreibt, nicht direkt in der Linie von Wernickes überwertiger Idee und Friedmanns milder Paranoia liegt. Die beiden letzten Forscher interessiert der Beziehungswahn eben dort, wo er reaktiv auf Grund eines be-

[1]) Ähnliches findet sich auch bei Wilmanns in den „Gefängnispsychosen".

stimmenden äußeren Erlebnisses auftritt, das dauernd seinen einzigen Brennpunkt bildet. Diese beherrschende Rolle hat das Erlebnis in den Gauppschen Fällen nicht. Trotzdem ist auch bei diesen das psychische Verhalten in der Psychose so innig mit der Charaktergrundlage verwachsen, es erscheint so ohne Knickung aus dieser heraus entwickelt, daß Gaupp auch hier von charakterogener Wahnbildung spricht. Vor allem aber hat die Charaktergrundlage im Gauppschen Krankheitsbild so enge Berührungspunkte mit den Persönlichkeitstypen, wie wir sie später schildern werden, daß eine Klärung auch nach dieser Seite hin uns obliegen wird. Schon hier aber ist es wichtig zu erkennen, daß das, was Friedmann als „milde Paranoia" und das, was Gaupp als „abortive Paranoia" schildert, keineswegs identisch ist. Friedmann betrachtet den begrenzten Beziehungswahn ebenso vorwiegend unter dem Gesichtspunkt des auslösenden Erlebnisses, wie ihn Gaupp unter dem Gesichtspunkt des zugrunde liegenden Charakters begreift.

Die von Gaupp und Friedmann gegebenen Anregungen sind von dem bisherigen Gang der Forschung nicht recht innerlich aufgenommen worden. Man verschmolz vielfach die Schilderungen beider Autoren zu einer Art Mischbild, indem man dem Friedmannschen Verlaufsschema (strenge Abhängigkeit vom Erlebnis, begrenzte Dauer) das Gauppsche depressiv-zwangsneurotische Charakterbild unterlegte, was nach beiden Richtungen gleich unberechtigt ist. Die Gauppschen Psychosen enden keineswegs, wie die Friedmannschen, nach 2—3 Jahren, können sich vielmehr, wie aus der zitierten Originalschilderung klar hervorgeht, durch viele Jahre hinziehen und progressiven Verlauf nehmen; die Rolle der Erlebniswirkungen ist nach Gaupp bei ihnen eine problematische. Umgekehrt haben die Charaktere der Friedmannschen Kranken („sensibel, eigensinnig, exaltiert") mit der Gauppschen Paranoikerschilderung im allgemeinen nichts zu tun, sie stellen, wie wir später zeigen werden, charakterologisch überhaupt nichts Einheitliches dar. Dieser Verquickung ist es mit zu verdanken, daß man bisher mit den Zeichnungen beider Forscher vielfach nichts Rechtes anzufangen wußte, daß man ihnen zögernd, mit mehr oder weniger Vorbehalt, einen innerlich nicht recht geklärten Zusammenhang mit der „echten" Paranoia einräumte, oder, wie zum Beispiel Bleuler in seinem neuen Lehrbuch, überhaupt ihre Berechtigung in Zweifel zog. Hier wäre also manches Dunkel aufzuhellen.

Nun ist es nicht die Absicht der vorliegenden Abhandlung, die Fäden des Friedmannschen und des Gauppschen Ideenkreises unmittelbar weiterzuspinnen. Ausgehend von frischen Beobachtungen soll hier einfach, und zunächst überhaupt nicht unter dem Gesichtswinkel der Paranoia, eine Form von Wahnbildung bei einer bestimmten psychopathischen Konstitution genau untersucht und beschrieben werden. Und zwar soll versucht werden, in umfassenderer Weise, als es bisher meist üblich war, sowohl der Rolle der Charaktergrundlage wie der Erlebniswirkungen gleichmäßig gerecht zu werden und besonders die inneren Beziehungen, die zwischen einer speziellen, genau umschriebenen Charakterform und einer speziellen Art der Erlebnisbildung und Erlebnisverarbeitung bestehen, in ihrer seelischen Gesetzmäßigkeit zur Anschauung zu bringen.

Wenn wir diese Untersuchung zunächst für sich durchgeführt haben werden,

ohne uns in den Rahmen der herrschenden klinischen Systematik einzuzwängen, wird daraus zum Schlusse sich indirekt nicht nur eine gerechte Würdigung und vollständige Aufklärung der „milden" und der „abortiven" Paranoia von selbst ergeben, sondern auch manches Streiflicht in das Gebiet der psychogenen Wahnbildung, wie der Paranoia überhaupt fallen. Wieviel wir aber hierbei den Anregungen gerade der beiden letztgenannten Forscher verdanken, braucht nicht betont zu werden.

Zweites Kapitel.

Zur psychiatrischen Charakterlehre.

Wenn wir nach dem oben entwickelten Plan an die gesteckte klinische Aufgabe herangehen wollten, so würden wir bald bemerken, daß wir ihr gegenüber noch ziemlich ungerüstet sind. Schon bei der Charakteranalyse müssen wir stehenbleiben. Wie wollen wir ein wissenschaftlich exaktes Charakterbild entwerfen, wenn die handlichen Begriffe fehlen, um den Stoff anzugreifen? Wir werden uns der Ausdrücke, die die lebendige Sprache für die Bezeichnung von Charaktereigenschaften geschöpft hat, mit aller Liebe bedienen; sie sind lebendig wie diese, zahllos mannigfach, farbig ineinander überspielend und beweglich; aber sie entschlüpfen uns, sie schlingen sich durcheinander, sobald wir sie sondern wollen. Sie reichen nicht aus, um ein Charakterbild, dessen gesetzmäßige innere Beziehung zu einer bestimmten Erkrankungsform wir erweisen wollen, fest zu begrenzen, so daß wir nachher in einer präzisen Formel sagen könnten: Hier liegt die klinische Verwandtschaft mit einzelnen, hier der grundsätzliche Unterschied von allen andern psychopathischen Charaktertypen verborgen, der es bedingt, daß nur diese eine so geartete Charakterform diese bestimmte psychopathische Krankheitsform hervorbringen kann und daß sie sie mit innerer Notwendigkeit hervorbringen muß, sobald das Erlebnis da ist, das sie erschließt. Der Pessimismus gegenüber der Möglichkeit einer durchgreifenden wissenschaftlichen Charakterlehre läßt die Systematik der psychopathischen Seelenstörungen, wenn von einer solchen überhaupt schon gesprochen werden kann, nicht über tastende Versuche hinauskommen. Ich hoffe meine Gedanken zu dieser Frage in einer späteren Abhandlung entwickeln zu können und nehme hier nur so viel vorweg, als zur Lösung der vorliegenden klinischen Aufgabe notwendig ist. Die spärlich in der Literatur vorhandenen Ansätze einer psychiatrischen Charakterlehre, wie sie sich z. B. in der bemerkenswerten Abhandlung Tilings über „Individuelle Geistesartung und Geistesstörung" finden, reichen hier nicht zu, weil auch sie mehr gefühlsmäßig geformt, als durch ein klares Einteilungsprinzip gestützt erscheinen.

Als Charakter bezeichnen wir den Inbegriff der Einzelpersönlichkeit nach ihrer Gefühls- und Willensseite, also nach der Seite hin, die für alle psychopathischen Abweichungen die wesentliche ist. Und wir schöpfen unsere klinische Kenntnis eines bestimmten Charakters einmal und vorwiegend aus der direkten Betrachtung der psychischen Struktur vor der Erkrankung, d. h. aus der Beobachtung der Summe der Einzelreaktionen, die das Indi-

viduum auf die kleineren und größeren Reize des täglichen Lebens gegeben hat; sodann ist auch der Schluß von der krankhaften Reaktion auf den zugrunde liegenden Charakter nicht zu entbehren, weil jene vorher unbemerkbare Anlagen zutage zu fördern vermag (Tilings Beispiel: Friedrich der Große); dieser Schluß ist aber nur erlaubt, wenn die Krankheit als reaktive schon feststeht und der Unterschied dieser Methode von der direkten Betrachtung des Normalcharakters klar gesehen, also z. B. nicht, wie das häufig geschieht, bei jedem Beziehungswahnsinnigen das Mißtrauen schon ohne weiteres in die Charakteranlage verlegt wird.

Wir werden also versuchen, die feinfarbigen sprachlichen Ausdrücke für Charaktereigentümlichkeiten so in ein solides logisches Gerüst einzufangen, daß jeder darin einen festen Platz hat, ohne dadurch seinen Duft zu verlieren. Schon oben wurde bemerkt, daß wir unter Charakter das aus der Gesamtsumme der gemütlichen und willensmäßigen Reaktionen einer Persönlichkeit auf ihre fortlaufenden Erlebnisse abgezogene Durchschnittsbild derselben verstehen, wobei zeitlich sich bewegende Vorgänge zu materiell feststehenden „Eigenschaften" umgestempelt werden. Zur wissenschaftlichen Charakteranalyse werden wir uns jener primären und allein richtigen Vorstellungsweise von der Seele als zeitlicher Bewegung, als einem verschlungenen Spiel fortwährend neu entstehender und weiterwirkender Reaktionen auf immer neu eintreffende Außenreize, konsequent bedienen müssen. Wir betrachten hier als Außenreiz gleich die komplexe psychische Größe, als die er praktisch immer auftritt: das Erlebnis, d. h. die affektfähige Empfindungs- oder Vorstellungsgruppe, und werden sämtliche „Eigenschaften", d. h. Reaktionsmöglichkeiten eines Charakters wissenschaftlich klar geordnet erfassen können, wenn wir dem Durchgang des Erlebnisses durch die Seele von Anfang bis zu Ende folgen.

Wir gewinnen so die Grundbegriffe der Eindrucksfähigkeit, Retentionsfähigkeit, intrapsychischen Aktivität und Leitungsfähigkeit. Auch sie beziehen sich nicht auf die künstlich analysierten Grundelemente der theoretischen Psychologie, sondern auf die komplexen Einheiten des realen psychischen Lebens, auf die mit Gemütsbewegung verbundenen Wahrnehmungen, Erinnerungen, Überlegungen und Willensrichtungen, einschließlich der körperlichen Willens- und Affektentladungssymptome. Sie sind also ebenfalls sehr komplex, doch läßt sich, wenn man will, jede dieser charakterologischen Unterscheidungen auf einfache Unterschiede in Gefühls- und Assoziationsablauf, nach Qualität, Intensität, Dauer und Häufigkeit zurückführen.

Bei der Eindrucksfähigkeit ist, ebenso wie bei den anderen Kategorien, die allgemeine Eindrucksfähigkeit, für die wir die Bezeichnungen Interesse, Suggestibilität haben, zu unterscheiden von derjenigen für stark affektbetonbare ichbezügliche Erlebnisse, die je nachdem Reizbarkeit, Empfindsamkeit usw. genannt werden kann. Ist so das Erlebnis mit größerem oder geringerem Akzent ins Bewußtsein eingetreten, so wird sein weiteres Schicksal durch die Retentionsfähigkeit des Charakters bestimmt, wobei wir unter Retention die Erhaltung an Vorstellungen gebundener Affekte oder affektbetonter Vorstellungen innerhalb des Seelenlebens verstehen; sie zerfällt in zwei Akte: einmal die Sistierung des Eindrucks, d. h. die Ver-

hinderung seines sofortigen Wiederaustritts in Form einer äußeren Reaktion, und sodann die Festhaltung desselben als lebendigen Faktors innerhalb des Seelenlebens. Der Grad dieses seelischen Fortwirkens wird durch die intrapsychische Aktivität bestimmt, d. h. durch die Fähigkeit des Charakters, das Erlebnis nicht nur festzuhalten, sondern daraus neue Gefühls- und Vorstellungsrichtungen und Willensantriebe weiterzuerzeugen, es dadurch auf die Höhe seiner psychischen Wirksamkeit zu bringen. Das Einzelerlebnis kann nun in dem beständigen Fluß des psychischen Geschehens unter normalen Umständen sich nicht dauernd auf seiner zentralen Höhe behaupten, sondern wird von den nachdrängenden Neuerlebnissen weitergeschoben und aufgenommen; es strömt aus, es entlädt sich; die um dasselbe angesammelte psychische Kraft sinkt dann im normalen Seelenleben vom Zustand der aktuellen Spannung zur Beruhigung ab. Diese letzte Fähigkeit des Charakters, das Erlebnis irgendwie abströmen zu lassen, soll als Leitungsfähigkeit bezeichnet werden; eine solche, zur Beruhigung führende, dem Erlebnis adäquate Auswirkung desselben kann rein intrapsychisch durch freie, allseitige Assoziation in den Gesamtvorstellungsschatz erfolgen oder nach außen hin durch einfache Aussprache, Affektausbruch oder Willenshandlung sich vollenden.

Unvollkommenheiten dieser Seite des Charakters werden zum Beispiel im Hinblick auf die einfachen Gefühlstöne des täglichen Lebens in der Gemeinsprache als Befangenheit, Zurückhaltung, Schüchternheit bezeichnet. Die Leitungsstörungen gegenüber hochwertigen, affektstarken Erlebnissen aber sind für die Entstehung komplizierterer psychopathischer Reaktionen mit von entscheidender Bedeutung. So entsteht u. a. aus dem Erlebnis der Komplex im Sinne der Hysterielehre als seelische Ausweichung ins Unbewußte. Fehlt diese Ausweichung, so bildet sich etwas ganz anderes, nämlich die Verhaltung; dieser Begriff ist nachher für das Verständnis unserer klinischen Krankheitsgruppe von größtem Gewicht und muß daher schon jetzt scharf gefaßt werden; er steht im Gegensatz zur einfachen Retention, die den Begriff der Leitung nicht berührt, und bedeutet die bewußte Retention affektstarker Vorstellungsgruppen bei lebendiger intrapsychischer Aktivität und mangelnder Leitungsfähigkeit.

Damit haben wir die grundlegenden vier Einzelfähigkeiten des Charakters zur Aufnahme, Festhaltung, Verarbeitung und Erledigung von Erlebnissen erschöpft. Zusammengefaßt bedeuten sie die Gesamtleistungsfähigkeit des Charakters, eine reindynamische Größe, die sich nach der überhaupt im Individuum vorhandenen und verfügbaren psychischen Gesamtenergiemenge bemißt. Wir gebrauchen hierfür den von Lipps geprägten Ausdruck „psychische Kraft", wobei wir aber für unseren Zweck von den rein intellektuellen Leistungen abstrahieren. Die Intelligenz als Inbegriff der assoziativen Gesamtleistungsfähigkeit bildet den begrifflichen Gegensatz zum Charakter, mit dem sie sich zur psychischen Gesamtpersönlichkeit ergänzt. In dieser künstlich isolierten Betrachtungsweise ist sie innerhalb gewisser Grenzen für die Frage der psychopathischen Störungen unwesentlich. Aus dem Mangel an psychischer Kraft gegenüber der Summierung alltäglicher psychischer Ermüdungsreize entspringt die Neurasthenie, soweit sie psychopathische Reaktion und nicht autonomer, d. h. biologisch gesetzmäßiger Nervenvorgang ist. Im Gegensatz zu dieser all-

gemeinen Gesamtleistungsfähigkeit steht nun wieder die spezielle Gesamtleistungsfähigkeit gegenüber hochwertigen, affektstarken Erlebnissen, die durch ihren jähen Einbruch oder ihre kumulierende Protraktion besondere Einzelforderungen an den Charakter stellen, dessen Resistenz oder Insuffizienz hervortreten lassen. Wir gewinnen so den Begriff der Erschöpfbarkeit, den wir entweder in diesem speziellen Sinn oder mit Einbeziehung seiner gesamten psychophysischen Grundlagen verwenden können. Er ist wiederum für unsere klinische Aufgabe von Wichtigkeit.

Nach dem Grad der sich in ihnen ausdrückenden psychischen Kraft unterscheiden wir sthenische und asthenische Charaktere, ebenso sthenische und asthenische Reaktionen. Dabei ist für die Beurteilung der sthenischen Qualität eines Charakters vor allem dreierlei[1]) maßgebend: einmal die von ihm maximal erreichbare Affekthöhe (sie hat nahe Beziehung mit dem Begriff der Eindrucksfähigkeit), sodann die Affektdauer (entsprechend der Retentionsfähigkeit) und endlich der Grad der möglichen Affektäußerung (entsprechend der Leitungsfähigkeit). Ein explosiver Degenerierter ist z. B. sthenischer als der haltlose Typ dieses Charakters, der Querulant ist sthenischer als der Explosive. Ein Zwangsneurotiker ist wiederum asthenischer als ein Querulant, weil ihm trotz beträchtlicher Affekthöhe und Affektdauer die Kraft zur freien Affektäußerung fehlt. Wir kommen unten darauf zurück.

Auf der Grundlage der bisher besprochenen Charakterfähigkeiten ruhen die Charaktergewöhnungen als Schlußsteine des Charakteraufbaues. Wir verstehen darunter die Gesetzmäßigkeiten, die im Seelenleben des Individuums durch die Wiederkehr der durch seine Fähigkeiten bedingten Reaktionsformen entstehen, die grundsätzlichen Richtungen seines Gemüts und Willens, die nun ihrerseits wieder auf jede neue Reaktion modifizierend miteinwirken. So entstehen die vielen Abtönungen des Gemütszustandes, d. h. der durchschnittlichen Affektlage eines Menschen, im Verlauf von Jahren aus der beständigen Wechselwirkung zwischen Erlebnissen und Reaktionen, die in der Gemeinsprache Schicksal genannt wird, indem sie sich, ebenso wie die Einzelreaktion zwischen Lust und Unlust, Heiterkeit und Depression, abschatten, je nach der durch sie bedingten Förderung oder Hemmung des psychischen Ablaufs. Daß der Gemütszustand nicht bloß von der charakterologisch-reaktiven Seite betrachtet werden darf, braucht kaum betont zu werden. In viel höherem Grad ist er z. B. bei den konstitutionellen Verstimmungen Symptom autonomer biologischer Abweichungen. Hier, wie bei der Erschöpfung, verschlingen sich beide Gesichtspunkte aufs innigste.

Die Charaktergewöhnung nach der Willensseite hin wird mit der Ausdrucks-

---

[1]) Diese einfachen Affektdimensionen werden beim erwachsenen Kulturmenschen durch die Charaktergewöhnungen wesentlich modifiziert. Hier tritt die Fähigkeit der Affektbeherrschung als wichtiges sthenisches Symptom der absoluten Affekthöhe gegenüber. Der aus sthenischem und asthenischem Erleben sich verschieden entwickelnde Gemütszustand, vor allem seine feineren Schattierungen, bilden, wie wir beim sensitiven Charakter sehen werden, einen besonders empfindlichen Gradmesser der psychischen Kraft. Die biologischen Gehirnreaktionen, das Auftreten von Ermüdungsgefühlen und Ermüdungssymptomen geben endlich die Kontrollprobe für unser psychologisches Urteil.

skala für die ethischen Qualitäten bezeichnet. Ihre komplizierte Genese kann hier nur flüchtig angedeutet werden. Neben der zur Ausbildung von charakterologischen Regulativen unerläßlichen Retentionsfähigkeit für Erlebniswirkungen, die die angeborene Neigung zu den unten zu besprechenden Primitivreaktionen einschränkt, ist hier das Mischungsverhältnis der sthenischen und asthenischen Charakterkomponenten von besonderer Bedeutung. Aus dem Wechsel der Gefühle des Handelns, die der sthenischen Charakterverarbeitung des Erlebnisses, und des Erleidens, die der asthenischen Verarbeitung entspringen, und den daran sich anknüpfenden Vorstellungsreihen entwickelt sich das individuelle Bild von dem Bedeutungsverhältnis zwischen Ich und Außenwelt und sondert sich somit nach den Polen des Egoismus und Altruismus, zwischen denen sich die ethischen Qualitäten der Persönlichkeit abstufen, wobei die Triebkraft des ethischen Handelns vorwiegend den sthenischen, die Feinheit des ethischen Empfindens vorwiegend den asthenischen Charakterkomponenten entspringt, ein Gesetz, das sich im Gebiet der klinischen Psychopathie schön verfolgen läßt. Die Entstehung der altruistischen Ethik aus den asthenischen Instinkten des Menschen ist übrigens von Friedrich Nietzsche besonders lebendig betont worden.

Die wichtigen Charakterbegriffe Selbstgefühl und Willenskraft stehen mit den oben gemachten Ausführungen im Zusammenhang. Das normale Selbstgefühl ist der direkte subjektive Ausdruck des seelischen Turgors des Sthenikers, durch altruistische Regulative modifiziert. Ein ins Gebiet des Krankhaften hinüberführendes Selbstgefühl entsteht andererseits auch auf vorwiegend asthenischer Basis, dadurch, daß die Verbitterung über asthenisch bedingte und empfundene Niederlagen im Lebenskampf die an sich weniger entwickelten sthenischen Charakterkomponenten chronisch überreizt (Künstlerselbstgefühl, Schopenhauer, Nietzsche, Hölderlin); diese Entstehungsweise des gesteigerten Selbstgefühls spielt gerade bei unserem sensitiven Charakterbild (vgl. unten Fall Wagner) und somit bei der Genese zahlreicher Formen paranoischen Größenwahns eine besondere Rolle. Als willenskräftig bezeichnen wir den Stheniker dann, wenn er zugleich retentionsfähig ist, d. h. wenn seine Erlebnisse eine längere psychische Interpolation zu durchlaufen pflegen, ehe sie zu Reaktionen werden; die Willenshandlung unterscheidet sich dadurch von der Affekthandlung, indem sie durch die intrapsychische Berührung mit früheren Erlebniswirkungen den Stempel des Zweckmäßigen erhält.

Übrigens dürfen die ethischen Qualitäten so wenig wie der Gemütszustand ausschließlich unter dem Gesichtswinkel der individuellen Charakterologie, d. h. der selbständigen seelischen Erlebnisreaktion und Gewöhnung, betrachtet werden. Wie der Gemütszustand durch biologische Wirkungen, so ist die ethische Qualität besonders durch soziale Faktoren mitbedingt, indem die Einzelpersönlichkeit ihre ethischen Normen sich nicht nur selbst erarbeitet, sondern vielfach als fertige Fremdsuggestionen in sich aufnimmt. An dieser Stelle ist für Milieuwirkungen im weitesten Sinne des Worts, für das Hereinspielen beruflicher und gesellschaftlicher Verhältnisse, sittlicher und religiöser Vorurteile der weiteste Raum, und auch diese Dinge werden wir bei der Pathogenese unseres Krankheitsbildes an der Arbeit finden.

Diese in wenigen Umrissen gehaltene Skizze muß in unserem klinischen Zusammenhang genügen; wichtige Seiten des Problems, wie z. B. die Konstellationswirkungen oder wie die Differenzierung des Charakters in scheinbar einander gegensätzliche Teilrichtungen, wurden absichtlich übergangen, um nicht zu tief in diese Materie zu geraten. Die wichtigsten hier angestrebten Richtlinien der Charakterlehre sind die, daß wir einmal die statische und materialisierende Betrachtungsweise durch die genetische und dynamische ersetzen, wie es dem wahren psychischen Tatbestand entspricht, sodann daß wir den Charakter nicht als eine Größe für sich, sondern konsequent in seiner lebendigen Beziehung auf das Erlebnis betrachten, daß wir die im engeren Sinn charakterologischen Qualitäten, die die Seele auf rein psychischem Weg reaktiv erwirbt, unterscheiden von denen, die in ihr als Teil des autonomen biologischen Naturzusammenhangs entstehen, und endlich vor allem, daß wir die wissenschaftlichen Bezeichnungen für Charaktereigenschaften so in eine logische Ebene projizieren, daß sie miteinander vergleichbar werden.

Der Nutzen solcher gründlichen Begriffsbestimmung springt sogleich in die Augen, wenn wir nun dazu übergehen, aus bekanntem klinischem Material einige Haupttypen psychopathischer Reaktionsformen so herauszugreifen, wie wir es für unsere klinische Aufgabe brauchen. Auch hierbei geht die Absicht nicht dahin, gute, empirisch gebildete Gruppen gegen ein psychologisches Schema umzutauschen, sondern die lose durcheinanderfließenden Bilder, wie sie die klinische Anschauung gibt, so weit begrifflich einzurahmen, daß sie in ihrem wesentlichen Kern sich gut voneinander abheben, daß ihre Gemeinsamkeiten und ihre Gegensätze sich auf kurze, präzise Formeln bringen lassen.

Der jetzige Zustand in der klinischen Einteilung der Psychopathie hat das Mißliche, daß wir gezwungen sind, eine psychopathische Störung das eine Mal durch ihre Verkuppelung mit Körpersymptomen (Hysterie), das andere Mal durch ihre soziale Wirkungsweise (Querulantenwahn), das dritte Mal durch ein hervorstechendes Einzelsymptom (Sexualpsychopathie) zu charakterisieren. Hysterie und Querulantenwahn sind inkommensurable Größen, sie lassen sich gar nicht unter einen gemeinsamen Gesichtspunkt bringen, es läßt sich zwischen ihnen keine Differentialdiagnose machen, auch nicht in dem bei Psychopathen allein möglichen Sinn, daß ein Mann, bei dem Symptome beider Krankheiten vorliegen, als vorwiegender Hysteriker oder vorwiegender Querulant bezeichnet werden könnte; unter dem neurologischen Gesichtspunkt ist er eben Hysteriker und nur Hysteriker, unter dem forensischen ist er Querulant und nichts als Querulant. Ich halte diesen allgemein empfundenen Mißstand, wenn er auch nicht mit einem Schlag beseitigt werden kann, doch nicht für unüberwindlich, sobald wir uns nur entschließen können, auf die psychologische Struktur der psychopathischen Reaktionsformen selbst deren klinische Bewertung zu gründen und sie allein der systematischen Gruppierung derselben zugrunde zu legen.

Es ist zu diesem Zweck erforderlich, die psychopathischen Reaktionen zunächst reinlich für sich zu betrachten und die Reaktionenlehre zu Beginn der Untersuchung möglichst unabhängig von der Charakterlehre zu entwickeln, wie es z. B. in der Hysterieforschung, sicherlich nicht zum Vorteil derselben, häufig

nicht geschehen ist; ich verweise in dieser Beziehung auf die klare Zusammenfassung Gaupps „Über den Begriff der Hysterie". Wenn wir sodann die gefundenen Reaktionen zu den gefundenen Charakteren in Beziehung setzen, so werden wir ein zweifaches Verhalten derselben zueinander entdecken: wir sehen bestimmte Reaktionsformen, die für bestimmte Charaktere spezifisch sind, die gegenseitig ohne einander nicht vorkommen; in diese Gruppe gehört das Krankheitsbild, das den Gegenstand dieser Abhandlung bildet; und wir sehen andererseits Reaktionsformen, die ganz allgemeine Verbreitung haben, die bei jeder psychopathischen Charaktergruppe gelegentlich vorkommen, ja darüber hinaus im unausgereiften, im biologisch geschädigten, ja bei entsprechender Erlebniswirkung auch im vollkräftigen Seelenleben der Nichtpsychopathen sich einstellen können, die aber doch wieder eine bestimmte psychopathische Charaktergruppe bevorzugen können, die ihnen psychologisch nahesteht.

Bei dieser Auffassung der Psychopathie werden wir als psychopathische Erkrankung eine Erkrankung bezeichnen, die ein real bedingtes Erlebnis zur wesentlichen Entstehungsursache hat, als psychopathischen Charakter einen solchen, der krankhafte Störungen als Reaktion auf Erlebnisse leichter als der Durchschnittscharakter hervorzubringen vermag. Wir gewinnen so eine klare begriffliche Abgrenzung der Psychopathie gegen die beiden anderen Gruppen psychischer „Minderwertigkeit", die klinisch manchmal mit ihr zusammen vorkommen, auf der einen Seite gegen den Schwachsinn und gegen alle nichtreaktiven stabilen seelischen Mißbildungen, auf der anderen Seite gegen die autonomen Anlagen, d. h. die zu den autonomen, biologisch bedingten Geisteskrankheiten gehörigen Dispositionen und Abortivzustände, eine Abgrenzung, die sich in der neuen Auflage des Kraepelinschen Lehrbuchs vielfach andeutet. Natürlich dürfen diese Begriffe auch nicht gepreßt werden, da die ihnen zugrunde liegenden Zustände vielfach in ihrem Wesen innig miteinander zusammenhängen und da auch der begriffliche Unterschied zwischen Psychopathie und seelischer Mißbildung oft nur ein Unterschied der Betrachtungsweise ist.

Wir beschränken uns hier auf eine flüchtige Charakteristik der psychopathischen Reaktionsformen, so wie sie nach ihrer psychologischen Struktur innerlich zusammengehören. Wir unterscheiden Primitivreaktionen, Ausweichungen, expansive Reaktionen und Entwicklungen, sensitive Reaktionen und Entwicklungen und rein asthenische Reaktionen.

Das physiologische Beispiel der Primitivreaktion gibt der reflexmäßige Ablauf des unentwickelten Seelenlebens, z. B. bei einem Kinde in den ersten Lebensjahren, der „Rindenreflex", um mit Friedmann zu reden. Eine Primitivreaktion ist etwa das Greifen nach einem leuchtenden Gegenstand, der Gegenschlag auf Schlag, der Schrei auf Schmerz, sofern dieselben unmittelbar ohne bewußte Überlegung erfolgen. Das Erlebnis tritt in die Seele ein und sofort in Form einer Reaktion wieder aus. Diese Reaktionsweise ist im ausgereiften Seelenleben bekanntlich in den zahlreichen psychophysischen Schutz- und Regulationsmechanismen erhalten. Da, wo sie auch in den höheren seelischen Gebieten noch vielfach auftritt oder an einzelnen Punkten in besonders krasser Weise den normierten seelischen Ablauf durchbricht, sprechen wir von psycho-

pathischer Primitivreaktion. Der sonst tüchtige Landwehrmann X, der beim letzten Appell vorm Ausmarsch auf einen Tadel des Leutnants hin plötzlich in eine Flut unflätiger Beschimpfungen ausbricht; oder der Rekrut Y, der mitten auf der Rückfahrt vom Urlaub beim Gedanken an seinen mißliebigen Feldwebel aus dem Zug aussteigt und wegläuft; oder der schwachnervige Student Z, der im Feld bei jedem schweren Kanonenschuß sich platt zu Boden wirft — sie alle geben damit psychopathische Primitivreaktionen. Diese Reaktionsform ist eine unspezifische, sie findet sich weit verbreitet bei den verschiedensten psychopathischen Charakteren, bei manchen allerdings nur spärlich; wie sehr sie außer vom Charakter auch vom Affektwert des Erlebnisses und von Konstellationswirkungen abhängig ist, kann aus den gegebenen paar Beispielen ohne weiteres abgenommen werden.

Andererseits gibt sie, wo sie gehäuft vorkommt, wichtigen Charaktergruppen ihr Gepräge. Die psychologische Formel dieser Charaktere lautet: leichte Ein- und Ausdrucksfähigkeit bei mangelnder Retention. Sie zerfallen in die bekannten beiden Hauptgruppen der Explosiven und der Haltlosen, je nachdem die sthenischen (Beispiel X) oder asthenischen (Beispiel Y) Reaktionsformen überwiegen. Es sind die Leute, die ihr Leben lang „nie klug werden", wie der Volksmund es treffend ausdrückt, die von einer Gewalttat, von einer Unbesonnenheit in die andere fallen, in deren Seelenleben der Eindruck eines Erlebnisses in seinem Gesamtwert nicht so lange festgehalten wird, daß er noch auf die Verarbeitung des nächstfolgenden Erlebnisses sinnvollen Einfluß gewänne. Es kommt bei diesen primitiven Charakteren im äußersten Fall gar nicht zur Ausbildung von Charaktergewöhnungen, weder einer ausgeglichenen Gemütslage noch vor allem der ethischen Regulative. Ihr psychischer Lebenslauf zerfällt in mehr oder weniger zusammenhangslose, von der Situation gegebene Einzelhandlungen. Hierher gehören Degenerierte im engsten Sinn, gewisse „moralisch Schwachsinnige", „geborene Verbrecher", gewisse „Triebmenschen", „Impulsive" usw. mit allen Abstufungen bis zu leichten und harmlosen einzelnen Charakterprimitivitäten sonst ausgeglichener Persönlichkeiten.

Die nahen Beziehungen, die gewisse assoziative Anomalien, die mit Stichwörtern wie: mangelhaftes Realitätsurteil, Labilität des Persönlichkeitsbewußtseins, pathologisches Schwindlertum bezeichnet werden, psychologisch zu diesen Charakterkonstitutionen haben, können hier nicht ausgeführt werden; sie fallen übrigens, soweit sie als angeborene konstante Denkmechanismen betrachtet werden, unter die psychischen Mißbildungen. Für die Wahnbildung der Primitiven sind die affektiven wie die assoziativen Abweichungen ihrer psychischen Konstitution von gleicher Wichtigkeit. Als die typisch primitive Wahnform können die „wahnhaften Einbildungen der Degenerierten" (Birnbaum) gelten, die in ihrem Mangel an geschlossener Kontinuität und ihrer flüchtigen Abhängigkeit von den Stimmungen des Augenblicks ein gutes Spiegelbild primitiven Seelenlebens geben. Sie bilden in ihrer mehr spielerischen Art das Gegenstück zu den sthenischen Primitivpsychosen, die wir sogleich besprechen, und sind, wie diese, stark mit hysterischen Mechanismen durchsetzt.

In die nächste Nähe der eigentlichen Primitivreaktionen gehört eine Reak-

tionsform, die ebenfalls Primitivcharaktere in ausgesprochenem Maß bevorzugt. Auch hier springen wieder starke Affekte unmittelbar reflexmäßig aus Erlebnissen hervor, sie können sich auch sofort in Ausdruck und Handlung entladen, aber sie entladen sich nicht restlos auf der Stelle, wie es das Wesen der Primitivreaktion im engen Sinn ist, sondern es bleibt eine gewisse Affektspannung und Affektbereitschaft unaufgesaugt und unreguliert eine Zeitlang im Seelenleben zurück, die bei den geringsten Neuerlebnissen in immer neuen Primitivreaktionen explodiert. Auch diese Reaktionsform entspricht einem niederen seelischen Mechanismus. Sie ist z. B. in dem scheuenden Pferd vorgebildet, das nach einem ersten Schreckparoxysmus noch längere Zeit „unruhig geht", beständig sprungbereit und geneigt ist, weiterhin auf die leisesten Anlässe immer von neuem in Mutwillen oder blinder Panik auszubrechen. Hierin ist auch schon angedeutet, daß es sich bei diesem psychischen Vorgang nicht durchweg um eine der erstauslösenden Gemütsbewegung gleichsinnige, sondern oft ganz polymorph gerichtete Affektbereitschaft handelt.

Diese protrahierten Primitivreaktionen, die sich als psychopathische Störungen über Wochen und Monate hinziehen können, sind jedem Nervenarzt gerade auch aus dem Kriege, z. B. als Folge schweren Granatschocks, wohlbekannt. Sie sind nicht mehr, wie die einfachen Primitivreaktionen, kurze seelische Einzelschwankungen, sondern bilden zusammenhängende explosive Primitivneurosen, oder, wenn unablässige Affektstöße den Bewußtseinsinhalt stärker durcheinanderwirbeln, Primitivpsychosen, die sich in großen Affektfeuerwerken entladen, wo jede nur denkbare heftige Gemütsbewegung, durch Kleinigkeiten ausgelöst, in riesenhaften Ausmaßen und abruptem Wechsel aufzuflammen vermag, während bei einfacheren Primitivneurosen mehr eine einzige Gemütsrichtung, meist im Sinne der Unlust, der gespannten Verstimmung vorherrscht. Gemeinsam allen diesen Erkrankungen ist der Dauerzustand einer äußerst labilen, explosiven Gemütslage, die sich am kleinsten Funken immer wieder zu unbezähmbar heftigen und plötzlichen Affektausbrüchen entzündet. Auch die Wahnbildung nimmt an dieser affektiven Geladenheit und sprunghaften Plötzlichkeit in jähen Kontrasten zwischen schwerer Verfolgungsangst und verzerrten Größenwahngesten teil (vgl. Fall Kluge).

Daß es bei den hier vorhandenen extremen Affektspannungen besonders auf den Gipfelpunkten oft zur Bewußtseinstrübung und auf motorischem Gebiet zu hysterischen Entladungsformen kommt, ist eigentlich selbstverständlich, wenn man bedenkt, daß bei den heftigsten Gemütswirkungen auch der gesunde Mensch zuweilen hysterisch reagiert. Es scheint aber unberechtigt, diese in ihrer Eigenart gut charakterisierten Krankheitsbilder, wie dies meist geschieht, schlechthin als hysterisch zu bezeichnen, nur deshalb, weil sie sich vielfach mit hysterischen Reaktionsformen durchsetzen. Man verwischt dadurch das im Primitivmechanismus entsprungene Wesen dieser Krankheitsformen und trübt andererseits den Hysteriebegriff. Damit soll nicht geleugnet werden, daß diese Reaktionsform den Übergang von der Primitivreaktion zur Ausweichung bildet, auf die wir jetzt zu sprechen kommen.

Als Ausweichungen fassen wir diejenigen Reaktionsformen zusammen, die den Kern der im hergebrachten klinischen Sprachgebrauch als hysterisch bezeichneten Gruppe bilden. Wir gebrauchen jenen Begriff für jede Reaktion, wo

die durch das Erlebnis hervorgerufene seelische Bewegung aus der Bahn der bewußten seelischen Verarbeitung ins Außerbewußte „ausweicht" und dauernd in diesem außerbewußten seelischen Nebengeleise weiterläuft. Es gehören hierher also einerseits die reflektorischen Bestandteile der psychogenen Motilitäts- und Sensibilitätsstörungen, andererseits die im psychogenen Dämmerzustand und den verwandten Psychosen traumhaft automatisch ablaufenden Affekt- und Assoziationsvorgänge. Für diese beiden Reaktionsgruppen, und nur für diese, wird im folgenden der Ausdruck „hysterisch" gebraucht werden. Den anschaulichen Ausdruck „Verdrängung" vermeide ich hier, wo nur psychologisch umschrieben, aber nicht in erster Linie theoretisch interpretiert werden soll. Außerdem sollen alle kritisch nicht gesicherten Verallgemeinerungen des Verdrängungsbegriffs, wie des ohnehin nur mit vielem Vorbehalt brauchbaren Begriffs des Unterbewußten, aus dem Gesichtskreis dieser Betrachtung ferngehalten werden.

Die nahe psychologische Verwandtschaft, die auch die Ausweichung mit der Primitivreaktion hat, liegt auf der Hand: beidemal ein Überspringen des Erlebnisreizes, ehe er vom Gesamtbewußtsein vollkommen erfaßt und durchgearbeitet ist, nur daß er sich bei der Primitivreaktion direkt wieder in die Außenwelt entlädt, während er bei der Ausweichung in dunkle, rätselhafte seelische Nebenbahnen sich verirrt. Auch hier ist also ein Retentionsdefekt das Wesentliche, aber er ist ein nur partieller, sofern das Erlebnis an der Seele festhaftet, die aber nicht die Kraft besitzt, es so lange auf der Höhe des Bewußtseins zu halten, bis sie es bezwungen hat; es entgleitet vorzeitig ihrer aktiven Einwirkung. Dieser partielle Retentionsdefekt ist der Ausweichung mit der protrahierten Primitivreaktion gemeinsam, die sich aber dadurch unterscheidet, daß bei ihr der Erlebnisreiz, wenn auch unreguliert, ohne feste Bindung mit dem Gesamtvorstellungsschatz, so doch in der Hauptsache innerhalb der Bewußtseinsbahn weiterläuft.

Bei der psychologischen Eigenart der Ausweichung ist es verständlich, daß sie nicht in demselben Sinne wie ein bewußter seelischer Akt für eine bestimmte Charakteranlage bezeichnend werden kann, so wie wir aus dem habituellen Auftreten explosiver Primitivreaktionen ohne weiteres etwa die Charakterbezeichnung „jähzornig" schöpfen können. In der Tat ist die hysterische Reaktion nach der klinischen Beobachtung eine unspezifische, die keine Form psychopathischer Charakteranlage grundsätzlich verschont und noch weit ins Gebiet der gesunden seelischen Anlagen hineingreift. Einen hysterischen Charakter gibt es nicht, dagegen bevorzugt die hysterische Reaktion entsprechend ihrer psychologischen Verwandtschaft zur Primitivreaktion entschieden die primitiven Charaktere, und zwar sowohl den explosiven wie den haltlosen Typ, so wie sie auch im sonst gesunden Seelenleben das unentwickelte vor dem ausgereiften Individuum befällt. Im übrigen ist die hysterische Reaktionsform gerade durch ihre weite Verbreitung im ganzen Gebiet der Psychopathie und bei ihrem doch relativ selteneren Auftreten im Gefolge biologisch bedingter Seelenstörungen ein wichtiges diagnostisches Hilfsmittel, um da, wo sie an entscheidender Stelle auftritt, eine psychopathische Seelenstörung wahrscheinlich zu machen; wir werden uns dieses Hilfsmittels späterhin zu bedienen haben.

Damit verlassen wir die psychopathischen Reaktionsformen, die sich im Gebiet niedrigerer seelischer Mechanismen bewegen, und nähern uns denjenigen

Krankheitsgruppen, wo durch anhaltende und intensive Verarbeitung von Erlebnissen innerhalb des Bewußtseins in diesem entwickeltere pathologische Inhalte entstehen. Im Gegensatz zu jener ersten Gruppe setzen diese Formen grundsätzlich ein dauerndes hohes Maß von Retentionsfähigkeit des erkrankenden Charakters voraus, und damit ist die Bedingung zu Charaktergewöhnungen, speziell zur Ausbildung ethischer Regulative, gegeben. Wir sehen hier scharfgeprägte Persönlichkeiten, die der psychopathischen Reaktion, die das Erlebnis in ihnen entzündet, ihren Stempel aufdrücken und bis zu dem Grad aufdrücken können, daß Charakter und Reaktion eins werden, daß die Reaktion eben in der krankhaften Weiterentwicklung des Charakters besteht. Doch können diese Reaktionsformen im günstigen Fall auch nur kürzere, umschriebene Episoden bilden, die überwunden werden. Jedenfalls aber sind sie in ihrer vollen Ausprägung alle spezifisch, und zwar in dem doppelten Sinn, daß im allgemeinen nur bestimmte Charaktere, kraft innerer psychologischer Gesetzmäßigkeit, sie hervorbringen, und auch diese nur dann, wenn bestimmt geartete Erlebnisse sie erzeugen. Ein gewisser Spielraum ist allerdings auch hier durch den fließenden Übergang der Charaktertypen ineinander bedingt, doch zeigt sich, wo der Charakter eine andere Färbung zeigt, auch die Reaktion mitgefärbt, wie wir im klinischen Teil sehen werden. Überhaupt sind die spezifischen Zugehörigkeiten zwischen Charakter und Erkrankungsform nur an den hochwertigen Persönlichkeiten jeder Gruppe mit voller Schärfe nachweisbar, während im unentwickelten und im schwachsinnigen Seelenleben die spärlichen Charakterkomponenten mehr ineinander überfließen (dies ist z. B. für den Querulantenwahn wichtig).

Den Übergang von der primitiven Gruppe zu den chronischen Expansivreaktionen, die wir hier zuerst zu besprechen haben, bildet — um aus vielen ein klinisch wohlbekanntes Bild herauszugreifen — ein bestimmter weiblicher Typ raffinierter Intrigantinnen, der mit besonderer Vorliebe — und wiederum zum Schaden der begrifflichen Schärfe — als „hysterisch" bezeichnet wird; reizbare Nervöse von selbstbewußtem Egoismus und rücksichtsloser Energie, die kränkende Erlebnisse (z. B. mißglückten Heiratsversuch), halb ins Minderbewußte „verdrängt", halb bewußt rachsüchtig ausgelebt, jahrelang in bösartigen Ränkespielen entladen, die in ihrer verbissenen Zwecklosigkeit schon ins Gebiet des Krankhaften gehören. Wir haben hier neben einer unvollständigen Ausweichung schon die außerordentlich leidenschaftliche, zielbewußte Retention, die gerade die expansiven Entwicklungen bezeichnet. Man findet in diesen und den überaus zahlreichen verwandten Charakteren, die die Zähigkeit des expansiven Affekts mit der Unschärfe und pseudologischen Unehrlichkeit der Erlebnisverarbeitung der primitiv-hysterischen Gruppe vereinigen, eine besonders wichtige Quelle bestimmter Wahnformen, z. B. im Gebiet des Verfolgungs- und Eifersuchtswahns.

Die Charaktere, die spezifisch für die expansive Reaktionsform veranlagt sind, sind nach der klinischen Erfahrung ausgesprochene Stheniker von zäher Retentionsfähigkeit, ethisch klar reguliert, unter Vorherrschen der egoistischen Komponente; andererseits sind sie für kräftige ichbezügliche Erlebnisse gesteigert eindrucksfähig und werden durch solche in besonders nachhaltiger Weise intrapsychisch aktiviert; ihre Leitungsfähigkeit ist unbehindert. Nun ist ja der reine Stheniker eben ein gesunder

Mensch, der mit anhaltender Tatkraft und robusten Affektausdrucksformen, heiter und unbekümmert, auch rücksichtslos seine Bahn läuft, der gegen Hindernisse zwar heftig aufschäumt und ankämpft, sie aber mit gesundem Selbstbewußtsein liegen läßt, wo er sie nicht überwinden kann. Demgegenüber ist der expansive Psychopath dadurch gekennzeichnet, daß bei ihm, kurz gesagt, ein asthenischer Stachel im sthenischen Charakter sitzt. An gewissen Stellen versagt bei ihm das sichere Kraftgefühl, eine sehr verwundbare, nervöse Überempfindlichkeit kommt dahinter zum Vorschein, und an diese kleine asthenische Teilkomponente, an diese Achillesferse heften sich bestimmte Erlebnisse an, die nun von hier aus die sthenische Gesamtpersönlichkeit zu einer Höhe und verbohrten Zähigkeit der Affektreaktion überreizen, die sie aus den Bahnen gesunder Kritik und Selbstbeherrschung dauernd hinaustreiben kann. Zweckmäßigerweise kann man gleich zwei Varianten des expansiven Charakters unterscheiden, von denen der eine mehr nach der primitiven, der andere mehr nach der sensitiven Seite zu gravitiert, je nachdem die Überreizbarkeit mehr die Züge des oberflächlichen Egoismus oder eines feineren ethischen Rechtsempfindens trägt. Die erstere Variante, wohl entschieden die häufigere, bildet den unmittelbaren Übergang zur Intrigantengruppe, die letztere, die sich in beliebigem Grad mit sensitiven Charakterzügen mischen kann, scheint mir aber gerade die hochwertigen, klassischen Vertreter der expansiven Gruppe zu liefern. Es ist dies ein bekannter Menschentypus: Berufstüchtig und mit weichem Gemütskern, aber im Ausdruck schroff, bis zur Maßlosigkeit selbstbewußt, in Liebe und Haß zu den gewaltigsten Affekten fähig, von unbrechbar eigensinniger Willenskraft, dabei aber mit einer übermäßigen und langwirkenden nervösen Reizbarkeit belastet.

Weil Charakter und Reaktionsform dieser Art durch ihre Gegensätzlichkeit unseren nachherigen klinischen Gegenstand gut herausheben wird, gebe ich ein kurzes Beispiel.

Fall 1. Der Malermeister N. hat sich durch Ehrgeiz und solide Tüchtigkeit aus ärmlichen Verhältnissen zur Stellung eines geachteten Bürgers emporgearbeitet; er ist nach außen ein stolzer, verschlossener, empfindlicher Mann, zu Hause ein musterhafter, liebevoller Familienvater. Er hat den Krieg von Anfang an als guter Soldat mitgemacht und als Bursche seines Kompagnieführers diesem über seinen Tod hinaus mit leidenschaftlicher Treue angehangen. Nach dessen Tod, der ihn gemütlich erschüttert, kann er mit den späteren, nicht immer ganz einwandfreien Vorgesetzten keine rechte Stellung mehr finden. Er wird allmählich mißtrauisch, fühlt sich bei kleinen Anlässen empfindlich zurückgesetzt, bekommt seine Unfreundlichkeiten von ihnen wieder verstärkt zu spüren und beginnt sie endlich mit ganzer Kraft offen und fanatisch zu hassen und sich gegen sie aufzulehnen. Über einer technischen Frage des Unterstandbaues, wo er seine abweichende Meinung mit subalternem Eigensinn festhält, kommt es zur Katastrophe. Er verweigert den Gehorsam, wird vors Kriegsgericht gestellt, und während der wochenlangen Voruntersuchung entwickelt er aus sorgfältig notierten realen Beobachtungen einen Verfolgungswahn, mit dem er bei der Hauptverhandlung hervortritt, indem er die Anklage der Vorgesetzten und Belastungszeugen auf ein systematisch vorbereitetes Komplott von Meineidigen

zurückzuführen sich erbietet. Diese Ansicht hält er auch während der psychiatrischen Beobachtung unverrückbar fest; er zeigt die Symptome schwerer körperlicher und psychischer Nervosität, ist affektiv äußerst geladen und für nichts als für „seine Sache" zugänglich, im übrigen geistig normal.

Das Erlebnis, das solche Naturen zur abnormen Reaktion veranlaßt, ist immer dasselbe, ob sie nun als Beamte ihren Behörden, als Soldaten ihren Vorgesetzten Trotz bieten, ob sie als Prozeßbauern den Hof bis zum letzten Dachziegel verspielen oder wie Michael Kohlhaas mordend und brennend im Kampf gegen den ganzen Staat zugrunde gehen: es ist der äußere Konflikt des machtlosen Einzelnen mit den allmächtigen, festen Ordnungen der Gesellschaft, mit der Rechtsprechung, der militärischen Disziplin, nicht zum wenigsten auch mit der öffentlichen Meinung, subjektiv ausgedrückt: das Erlebnis der Vergewaltigung des Einzelwillens durch den Gesamtwillen.

Die psychopathische Reaktion in ihrer einfachen Form soll als Kampfneurose bezeichnet werden; sie setzt sich aus Nervosität, anhaltender, schwerer, sthenischer Affektspannung und der Einengung oder besser gesagt Aufsaugung des Vorstellungsinhalts in die einzige Konfliktsgruppe zusammen; hierbei bleibt es in vielen Fällen. Schreitet die Vereinseitigung des Vorstellungsinhalts bis zum Beeinträchtigungswahn fort, ja dissoziiert sich das erschöpfte Bewußtsein endlich in phantastischen Größenideen, wie es zuweilen vorzukommen scheint, so werden wir folgerichtig von Kampfpsychosen sprechen. Für die Abgrenzung der Gesamtgruppe ist es unwesentlich, ob der Krankheitsverlauf mehr akut heilbar ist oder chronisch systematisierend fortschreitet, welches seine äußere soziale Erscheinungsform ist, ob Wahnbildung eintritt oder ob es bei neurotischen Symptomen bleibt; wesentlich ist einzig die psychopathisch-reaktive Wurzel der Störung, die spezifische Charakteranlage, das spezifische Erlebnis und die spezifische psychologische Zusammensetzung der Reaktionsform in ihren Grundsymptomen. Es gehören also u. a. hierher die Kerngruppe des Querulantenwahns mit Ausschluß der hypomanischen Krakeeler und mit Sonderstellung der intellektschwachen Abart, sodann Verfolgungswahnformen, wie der oben gezeichnete Fall, endlich auch manche paranoische Reformatoren und Erfinder, die um ihre Idee sozusagen gegen die öffentliche Meinung durch alle Instanzen einen Prozeß führen.

Wenn wir das Wesen der primitiven Gruppe in dem Retentionsdefekt erblickt haben, so werden wir die expansiven Reaktionen und Entwicklungen durch den Ausdruck Dämpfungsdefekt psychologisch kurz bezeichnen können, indem die Charaktere dieser Gruppe affektstarke Eindrücke nicht nur quantitativ sondern auch zeitlich, nicht nur nach innen, sondern auch nach außen in einer Weise groß und untemperiert au zuleben vermögen, wie sonst kein anderer Psychopathentyp. Die Wahnbildung ist die konsequente psychologische Folge der langdauernden affektiven Überbetonung der auslösenden Vorstellungsgruppe. Dieser psychologisch geradlinige Affektablauf unterscheidet die expansiven Entwicklungen grundsätzlich von den Wahnbildungen auf Grund der Verhaltung.

Unter Verhaltung verstehen wir, wie schon früher bemerkt, die bewußte Retention affektstarker Vorstellungsgruppen bei lebendiger in-

trapsychischer Aktivität und mangelnder Leitungsfähigkeit. Den klinischen Reaktionstyp, dem dieser psychologische Mechanismus zugrunde liegt, möchte ich im Gegensatz zur vorigen Gruppe mit dem Ausdruck „sensitiv" bezeichnen. Auch hier haben wir eine erhöhte, dabei aber meist noch feinere und differenziertere Eindrucksfähigkeit für affektive Reize, die eine übermäßig lebhafte und nachhaltige intrapsychische Aktivierung zur Folge hat. Während aber nun der Kampfneurotiker in besonderem Grad die Fähigkeit hat, die so mobilisierte affektive Energie immer wieder rücksichtslos nach außen zu entladen und mit der affektstarken Vorstellung ohne Widerstand sein gesamtes Vorstellungsleben zu verschmelzen, während er also besonders leitungsfähig ist, hat die sensitive Reaktion gerade den Leitungsdefekt zur wesentlichen Bedingung. Die vom Erlebnis mobilisierte psychische Energie wird „verhalten", sie staut sich um die affektstarke Gruppe an, die nun als ein bewußt empfundener, quälender Fremdkörper ohne Anschluß im Bewußtsein liegt.

Wir brauchen nur noch das Stichwort „Zwangsvorstellung" auszusprechen, um zugleich mit einem der Hauptrepräsentanten dieser psychologischen Gruppe die klinische Anschauung dafür zu finden. Wir betrachten hier die Neigung zur Zwangsvorstellung nicht als einen angeborenen, autonomen seelischen Mechanismus, der schon physiologisch angedeutet, mehr oder weniger krankhaft vergrößert sein kann; unter diesem Gesichtspunkt müßte sie unter die psychischen Mißbildungen fallen. Wir betrachten sie nicht als etwas, was besteht, sondern was sich entwickelt, wiederum psychopathisch-reaktiv aus Charakter und Erlebnis entwickelt. Diese Betrachtungsweise, nahegelegt durch die Tatsache, daß ausgeprägte Zwangsvorstellungen in der eigentlichen Kindheit meist fehlen, daß sie an bestimmten bedeutsamen Wendepunkten des äußeren Lebensganges mit Vorliebe zuerst hervortreten, ist vielleicht noch nicht genügend durchgedrungen. Auf die Psychologie der Zwangsvorstellung ist hier deshalb kurz einzugehen, weil sie nachher als Paradigma bei der Analyse des Beziehungswahns dienen muß.

Schon in der physiologischen Vorstufe des Zwangsdenkens, der ängstlichen Unfreiheit, in der gewissen grüblerischen oder gewissenhaften Naturen betonte Alltagseindrücke ankleben, findet sich der Leitungsdefekt vorgebildet. Der Student von solchem Charakter etwa, der es nie über sich bringt, ein einzelnes Kolleg zu versäumen, vermag dies deshalb nicht, weil alsbald die unlustbetonte Vorstellung eines bestimmten Wissensausfalls in den Mittelpunkt seines Bewußtseins tritt und hier steckenbleibt, den Unlustaffekt durch ihre Unauflösbarkeit und Unverrückbarkeit immer quälender um sich anstaut, bis sie durch den vollzogenen Kollegbesuch sozusagen rein mechanisch entfernt wird. Dem ebenso fleißigen, dabei aber leichtblütiger veranlagten Akademiker wird diese Vorstellung zwar ebenso ins Bewußtsein treten, er wird sie aber, sobald er will, samt ihrer Unlustbetonung leicht und glatt abzuleiten, aufzulösen vermögen, indem er die Vorstellung von dem Versäumnis des Einzelkollegs mit dem dadurch bedingten begrenzten Ausfall an Wissenserwerb in Beziehung bringt zu der Gesamtzahl der Vorlesungen des Semesters und dem darin repräsentierten Gesamtwissenserwerb.

Dadurch, d. h. durch die mit Überzeugung vollzogene Aufnahme der affektbetonten Einzelvorstellung unter den weiten Horizont der großen Gesichtspunkte der Gesamtpersönlichkeit oder, wie wir uns oben ausgedrückt haben, durch die freie allseitige Assoziation in den Gesamt-

vorstellungsschatz, sinkt dieses Einzelerlebnis ganz von selbst zu der relativen Bedeutungslosigkeit ab, die den „Kleinigkeiten" im gesunden Seelenleben zukommt. Genau so wie mit dieser inneren Ableitung des Einzelerlebnisses verhält es sich mit der Ableitung nach außen. Während der rüstige Vater eine Unart seines Sohnes mit einer raschen Ohrfeige erledigt, wird der weichmütig-skrupulöse, bei dem die Leitungsbahn der erlösenden Tat versagt hat, nun tagelang nachher von dem peinlichen Erlebniseindruck geplagt, der, isoliert und aufdringlich, immer noch in den schon weitergeströmten Fluß des psychischen Geschehens hereinragt.

Dieser psychologische Mechanismus, den wir als Verhaltung bezeichnet haben, und der sich als „Fremdkörperbildung mit sekundärer Affektstauung" kurz charakterisieren läßt, findet sich in der eigentlichen Zwangsneurose als das beherrschende Prinzip. Jeder Zwangsneurotiker wird uns beide Vorgänge aufs anschaulichste schildern können: wie ein kleines Einzelerlebnis sich isoliert im Bewußtsein festsetzt, wie es von großen, vernünftigen Gesichtspunkten aus unzugänglich bleibt, wie dadurch der peinliche Affekt entsteht, wie er nun um diese Einzelvorstellung schwillt und schwillt bis zur äußersten Angst, die sich zuletzt auch in den absurdesten Handlungen Luft macht.

Wie die einzelne Zwangsvorstellung, so entsteht auch die Zwangsneurose als zusammenhängender Krankheitszustand ganz gewöhnlich von einem bestimmten affektstarken Erlebnis aus. Um eines der geläufigsten Beispiele zu nennen: Das spezifisch veranlagte, aber bis dahin zwangsvorstellungsfreie katholische Kind bekommt bei der ersten kirchlichen Beichte seine erste Zwangsvorstellung des Inhalts, daß es vielleicht eine Sünde verschwiegen haben könnte; von da aus entwickelt sich rasch der Grübelzwang auf religiösem und ethischem Gebiet, der sich dann baumartig immer tiefer ins praktische, alltägliche Leben hinein verzweigt, bis zuletzt das ganze System primärer und sekundärer Zwangsmechanismen fertig entwickelt ist. Wichtig als Parallele zur Beziehungsneurose ist die Tatsache, daß beim spezifisch veranlagten Menschen die Neurose meist nur zur ersten Auslösung eines stärkeren Hebels bedarf, während weiterhin kleine Alltagsreize genügen, um den Zwangsmechanismus immer neu in Gang zu bringen.

Wir haben bisher die Psychologie der Verhaltung am Paradigma des Zwangsmechanismus auf ihren beiden unteren Stufen besprochen, nämlich zuerst die physiologische Skrupelhaftigkeit und sodann die einfache Zwangsvorstellung. Letztere, die sich am Beispiel des Grübelzwanges am besten klarmachen läßt, besteht in dem einfachen Wiederdenkenmüssen der isolierten, fremdkörperartigen Vorstellungsgruppe unter steigender peinlicher Affektbetonung. Bei höherem intrapsychischem Spannungsgrad nun, wie er sich besonders bei eigentlichen Zwangspsychosen auf Grund schwerer Lebensschicksale entwickelt, gehen mit dem verhaltenen Erlebnisinhalt kompliziertere Umschmelzungen vor, die mit dem Ausdruck Inversion bezeichnet werden sollen. Ich gebe zunächst ein Beispiel dieses psychologischen Vorgangs.

Fall 2. Die Försterstochter G., ein gemütsweiches Mädchen von frühzeitig ausgeprägter ethischer Innerlichkeit, litt seit dem Religionsunterricht in der

Schule an religiösem Grübelzwang. Nach einer heftigen, erfolglosen Liebe zu einem Forstgehilfen, zu deren Äußerung sie zu stolz und schüchtern gewesen war, erkrankte sie unter schweren gemütlichen Kämpfen, in denen sie vergebens ihre Liebesgedanken zurückzudrängen und sich in ein stilles, geistliches Leben zurückzuziehen versucht hatte, mit den geistigen Störungen, die sie in die Klinik führten. Sie konnte viele Monate lang keinen Mann mehr ansehen, hielt sich für schlecht und verdorben und verhüllte zwangsmäßig das Gesicht, sobald der Arzt ins Zimmer trat, weil sie glaubte, einen sinnlichen Blick zu haben. Sie litt unter bestimmten phantastischen Ideen, die bald als Zwangsvorstellungen, bald mit schwankendem Realitätsurteil sich ihr immer wieder aufdrängten. Besonders quälend und hartnäckig war die Vorstellung, eine Schlange im Leib zu haben, die, sobald sie auftauchte, sie mit Abscheu und steigender Verzweiflung erfüllte; sie führte zuletzt zum körperlichen Gefühl innerlichen Wühlens und Würgens bis zum Halse herauf und erreichte zuweilen fast halluzinatorische Lebhaftigkeit, so daß sie meinte, den Kopf der Schlange hinten im Rachen spüren zu können. Später brachte ich sie einmal so weit, mir zu erzählen, daß sie in der Zeit nach dem Mißlingen ihres Liebesverhältnisses mit einer frommen Freundin über den Sündenfall im Paradies gesprochen habe, wobei diese meinte, daß unter der Versuchung der Schlange die Verführung zu sinnlicher Lust verstanden werden müsse. Kurz darauf habe sie zum erstenmal das Gefühl gehabt, eine Schlange in sich zu haben.

Hier finden wir also in dem Zwangsbild von dem innerlichen Würgen der Schlange alles zusammengedrängt, was sich seit dem pathogenen Erlebnis seelisch in der Kranken abspielte: die heftige verhaltene Liebesleidenschaft, den folgenden Kampf zwischen Sinnlichkeit und religiöser Entsagung und die noch jetzt vorhandene Selbstpeinigung und Selbstverachtung über die ethische Niederlage. Jetzt verstehen wir die schwere Affektbeladenheit dieser Zwangsvorstellung, ihre quälende Hartnäckigkeit und ihre krankhaft gesteigerte Lebendigkeit: ein gemütlich erschütterndes Schicksal wird verhalten, es führt in langen innerlichen Kämpfen zu immer stärkerer Affektspannung, bis eines Tages ein assoziativ verwandtes kleines Alltagserlebnis (das Gespräch mit der Freundin) den unwillkürlichen Umschlag des primären Erlebnisinhaltes in eine sekundäre, krankhafte und scheinbar fremdartige Vorstellungsgruppe auslöst, die von nun an einen von jenem getrennten, selbständigen seelischen Mechanismus darstellt. In ihr steckt der Erlebniswert des Primärerlebnisses in seinem innersten Wesen, sie repräsentiert ihn sozusagen symbolisch in einer anschaulichen Form, als eine Komplement- oder Seitenvorstellung, die ihre zufällige äußere Gestalt einem Alltagserlebnis verdankt.

Diesen krankhaften Vorgang, der die höchste Stufe der Verhaltung darstellt, bezeichnen wir als Inversion und verstehen somit unter dieser den reflektorischen Umschlag einer mit Bewußtsein übermäßig innerlich verarbeiteten Vorstellungsgruppe in einen selbständigen, bewußten, sekundären Denkmechanismus, der dem Primärerlebnis assoziativ verwandt, aber nicht kombinatorisch daraus entwickelt ist.

Das Realitätsurteil gegenüber der invertierten Vorstellung kann sehr verschieden sein. Sie kann bis zur Sinnestäuschung stark werden. Arbeitet

der Mechanismus fortdauernd mit positivem Realitätsurteil, so entwickelt sich das klinische Bild eines vorwiegend paranoischen Symptomkomplexes, wie er unten als Beziehungswahn der Sensitiven beschrieben werden wird, eine vorwiegend kombinatorische Wahnbildung, bei der sich der Ausdruck „kombinatorisch" selbstverständlich nicht auf den Inversionsakt, sondern auf die Verarbeitung der schon invertierten Sekundärerlebnisse bezieht. Bei dauernd negativem Realitätsurteil werden wir klinisch die Bezeichnung „invertierte Zwangsvorstellung" wählen. Sehr häufig aber schwankt das Realitätsurteil, indem im selben Krankheitsbild die einen Vorstellungen positiv, die anderen negativ gewertet werden und auch der einzelnen Vorstellung gegenüber das Realitätsurteil nach Tagen und Stunden auf der ganzen Skala zwischen dem positiven und negativen Pol hin und her schwankt. Gerade solche Fälle werden wir unten vielfach finden und dabei über die alte Streitfrage, ob zwischen Wahnvorstellung und Zwangsvorstellung ein grundsätzlicher Unterschied besteht, ein präzises Urteil in negativem Sinne uns bilden können.

Die grundsätzlichen Unterschiede müssen im Gebiet der psychopathisch-reaktiven Erkrankungen viel weniger zwischen Wahn und Zwang, als zwischen Wahn und Wahn herausgehoben werden. Der tiefe Gegensatz zwischen den beiden Formen besonnener, kombinatorischer Wahnbildung, die wir bisher besprochen haben, ist schon hier energisch zu unterstreichen, und zwar um so mehr, als bis in die neueste Zeit herein die chronisch verlaufenden Fälle beider Formen mit gewissen dritten Wahnkrankheiten zusammen mit Vorliebe als die Krankheitseinheit der einfachen chronischen Paranoia zusammengefaßt wurden. Der Unterschied zwischen den beiden Reaktionstypen, die wir als die expansiven und die sensitiven Entwicklungen bezeichnet haben, liegt schon in der Reaktionsform selbst, ganz abgesehen von der zugrunde liegenden Charakteranlage, die wir gleich nachher besprechen werden.

Die expansive Entwicklung, etwa des echten Querulanten, verläuft geradlinig; vom Wurzelerlebnis bis in die äußersten Konsequenzen des Beeinträchtigungswahns hinaus, ist stetig kombinatorisch die folgende Stufe aus der vorausgegangenen herausgewachsen. Der Beziehungswahn der sensitiven Entwicklung verläuft in einer geknickten Linie: Das pathogene Primärerlebnis wird bis zu großer Affekthöhe weiterentwickelt; plötzlich bricht diese Entwicklung ab, das invertierte Sekundärerlebnis springt hervor, und erst von hier ab wird wieder kombinatorisch weitergebaut. Die Inversion bezeichnet also den Punkt, wo die bewußte seelische Weiterverarbeitung des Erlebnisses momentan abknickt; dem bewußten Ich kommt im diesen Augenblick eine rein passive Rolle zu; es nimmt seine Arbeit erst wieder auf, wenn das Sekundärerlebnis geboren ist. Das außerbewußte Schaltstück, das die sensitive Entwicklung, sofern sie zur Inversion führt, unterbricht, ist es auf der anderen Seite, was sie zur hysterischen Ausweichung in Parallele setzt. Während aber für den Sensitiven die Inversion nur eine Formveränderung des Erlebnisses bedeutet, mit dem er sich auch in seiner veränderten Gestalt alsbald bewußt weiter auseinandersetzt, ohne daß dadurch das Primärerlebnis seine Bewußtheit und Affektstärke verliert, entfernt sich der Hysteriker durch den Sprung ins Unbewußte dauernd aus der Sphäre des Konflikts. Kurz gesagt: Der Hysteriker drückt sich um den Kampf mit dem Erlebnis, der

Expansive setzt ihn ebenso hemmungslos nach außen fort, wie sich der Sensitive nach innen in ihm zerquält.

In der Frage der Zwangsneurose treten Parallelen unseres charakterologischen Beobachtungskreises zu gewissen Forschungsergebnissen der psychoanalytischen Schule so deutlich hervor, daß sie eine Formulierung unseres Standpunktes nach dieser Richtung veranlassen. Ich bitte, hierbei sogleich aufs schärfste zwischen dem objektiven psychologischen Beobachtungsmaterial der Freudschen Schule und der daraus konstruierten Sexualtheorie zu unterscheiden. Man kann Freud als Theoretiker und Therapeuten grundsätzlich entschieden ablehnen und doch dem in der psychoanalytischen Literatur niedergelegten Tatsachenmaterial etwas mehr gerecht werden, als es bisher von seiten der herrschenden psychiatrischen Schulen, zum Schaden der wissenschaftlichen Erkenntnis, geschehen ist. Man wird mir dabei um so weniger eine einseitige Parteinahme für die psychoanalytische Schule vorwerfen können, als die charakterologischen Gedankengänge, die ich in dieser Abhandlung verfolge, mit der psychoanalytischen Literatur, soweit ich sie übersehe, nicht nur keine näheren Berührungspunkte haben, sondern vielfach im Gegensatz dazu stehen.

Die reflektorische „Verschiebung" des Affekts bei der Zwangsneurose vom pathogenen Erlebnis auf verwandte, vom Alltag gelieferte Vorstellungsgruppen, wie sie Freud behauptet, entspricht genau dem Vorgang, den wir bei der Försterstochter ohne alle psychoanalytische Theorie und Untersuchungstechnik feststellen konnten. An der Tatsache als solcher kann also, wenigstens was die höheren Grade der Zwangserkrankung, die invertierten Zwangsvorstellungen, betrifft, nicht der geringste Zweifel sein. Auch andere, von Freud bei der Zwangsneurose hervorgehobenen Züge, z. B. das Schwanken zwischen Liebe und Haß, wird man an dem nahe verwandten beziehungsneurotischen Material unserer Abhandlung verschiedentlich wiederfinden. Daß in der Mehrzahl unserer Fälle sexualethische Konflikte an der Wurzel der Erkrankung stehen, hat seine charakterologisch naheliegenden Gründe, die wir später erläutern werden. Wir teilen auch hierin die Beobachtung (nicht die Theorie) mit Freud; auch die Beobachtung allerdings nicht bis zu dem Grad, daß wir in allen Fällen sexualethische Motive — bei einigermaßen erträglicher Begrenzung des Sexualbegriffs — zu erkennen vermöchten.

Was endlich die Beziehung zwischen „rezenter" Erlebniswirkung und psychischen Jugendtraumen betrifft, so wird man im Rennerschen Fall eine interessante Parallele zu Freudschen Beobachtungen finden. Die Patientin gab mir den Zusammenhang ihrer jetzigen erotischen Skrupel und des Jugenderlebnisses mit dem Onkel von sich aus, in schlichter ärztlicher Unterredung, an, ohne daß überhaupt nach dieser Richtung gefahndet wurde. Die Tatsache als solche steht also wiederum außer Diskussion. Es fragt sich nur, ob bei allen oder auch nur bei dem größeren Teil der Fälle sexuelle Kindheitserlebnisse von ernstlichem Belang sind, zum mindesten aber, ob sie sich dann noch in einer wissenschaftlich einwandfreien Weise, d. h. so in ihrem kausalen Zusammenhang herausheben lassen, daß wir nicht von vornherein die gewünschte Gedankenrichtung so eindringlich in die Patienten hineinsuggerieren, daß das zum Vorschein kommende Explorationsresultat dadurch schon vor seinem Zustandekommen ent-

wertet ist. Man wird die Schwäche der Freudschen Beweisführung z. B. bei aufmerksamer Lektüre seiner „Bemerkungen über einen Fall von Zwangsneurose" gerade nach dieser Seite hin unschwer erkennen.

Damit steht die weitere Frage im Zusammenhang, wie nun auch bei den Fällen, wo wir objektiv, wie im Fall Renner, Jugenderlebnis und rezentes Erlebnis in enger affektiver Verschwisterung in Tätigkeit finden, das Bedeutungsverhältnis zwischen dem infantilen und dem Trauma des Erwachsenen sich gestaltet. Man wird im Rennerschen Fall sich überzeugen können (falls man nicht unbeweisbare Deutungsversuche macht), daß das neue Erlebnis die Psychose beherrscht, während das Jugenderlebnis, nach normalpsychologischen Analogien, nebenher als Beweismaterial für das krankhafte Schuldgefühl wieder aus der Erinnerung hervorgeholt wird. Wir haben also hierin zunächst keinen Anlaß, uns der aus theoretischen Gründen hervorgehenden Betonung gerade des infantilen Erlebnisses durch Freud anzuschließen.

Auch wir streben eine gründliche Untersuchung der psychopathischen Jugendgeschichte in jedem Fall an, eben als eine der lautersten Quellen für die Charakterforschung. Die Erlebniswirkungen interessieren uns nicht sowohl als solche, als vielmehr in ihrer Beziehung zu bestimmten Charakteren und als Symptom dieser Charaktere. Jugenderlebnisse sind uns in ihrer subjektiven Erlebnisform wichtig als Frühsymptome des zugehörigen Charakters; wie weit sie darüber hinaus noch eine selbständige Wirkung ins erwachsene Leben hinein entfalten, werden wir nicht generell theoretisch, sondern nur in solchen Einzelfällen zu entscheiden wagen, wo der Patient selbst freiwillige, klare Angaben darüber macht. Wie eigentümlich sich für Freud charakterologische Zusammenhänge, soweit er ihnen Beachtung schenkt, unter dem Gesichtswinkel seiner Theorie verschieben, dafür gibt die Abhandlung über „Charakter und Analerotik" ein gutes Beispiel.

Insbesondere möchte ich der psychoanalytischen Anschauungsweise gegenüber den grundsätzlichen Unterschied zwischen dem, was wir als „Verhaltung" und dem, was wir als „Ausweichung" bezeichnet haben, nachdrücklich betonen. Bei ernsthaften und echten Verhaltungen auf sensitiver Charaktergrundlage bleibt unserer Erfahrung nach das primäre Erlebnis in seinem schweren Affektwert voll bewußt in der Mitte des Blickfelds, während bei der, meist auf primitiven Charakterkomponenten fußenden, hysterischen Ausweichung das Primärerlebnis hinter den krankhaften Decksymptomen sich zu verbergen sucht. Einem scharfsichtigen Beobachter wie Freud ist nun selbstverständlich der Tatbestand als solcher nicht entgangen; daß bei der Zwangsneurose oft das pathogene Erlebnis im Bewußtsein bleibe, gibt er zu. Aber er sucht den darin liegenden Unterschied von der Hysterie dadurch wieder zu verwischen, daß er diesem Wurzelerlebnis den Affektwert abspricht und daß er außerdem noch die Mitwirkung unbewußter Ursachen mit hinzukonstruiert, ohne daß man in den Tatsachen selbst eine Nötigung zu dieser Hypothese finden könnte. Für Zwangsvorstellungen einfacherer Art, die sich mehr gelegentlich aus minder wichtigen seelischen Tatbeständen entwickeln, soll allerdings die Möglichkeit eines teilweisen Zurücktretens des Primärerlebnisses nicht bestritten werden. Wenn Freud aber auch bei der Zwangsneurose von Krankheitsgewinn oder davon spricht, daß solchen Kranken ihr Leiden

eine gewisse Befriedigung gewähre, so setzt er sich damit doch wohl über grundsätzliche Unterschiede weg, die die ethische Struktur des sensitiven Charakters vom primitiven Seelenleben trennt. Wo wir solche Affektrichtungen bei unseren Kranken deutlicher hervortreten sehen, da finden wir regelmäßig auch klare hysterische Symptome ins Krankheitsbild und primitive Züge in die Charaktergrundlage gemischt, wir haben also keine reine Zwangsneurose bzw. keine reine Form von sensitivem Beziehungswahn vor uns.

Während ich mich also auf dem Gebiet der Zwangsneurose mit Freud hinsichtlich des Tatsachenmaterials, wenn auch nicht der Theorie, vielfach in Einklang befinde, so führt von den Ergebnissen unserer Abhandlung bezüglich der Paranoiafrage zu der psychoanalytischen Paranoiaauffassung, so wie sie wenigstens in der Freudschen Hauptarbeit über den Fall Schreber sich niedergelegt findet, keine Brücke hinüber. An Stelle neuen Beobachtungsmaterials treten dort vielfach Deutungen, Analogieschlüsse gewagtester Art, die nur im Zusammenhang mit der Theorie einen Sinn haben und für den außerhalb der Freudschen Schule stehenden Psychiater fast durchweg unverwertbar sind. Abgesehen davon läßt die Vernachlässigung des biologischen Faktors in der Krankheitsgenese Freud überhaupt nicht zu einer Abgrenzung des Paranoiabegriffs kommen, die eine Diskussion hierüber im Rahmen unserer Arbeit als fruchtbar erscheinen ließe.

Wir haben die Charakteranlage, die der Verhaltung vom physiologischen Grad bis zu dem der Inversion zugrunde liegt, als die „sensitive" bezeichnet. Trifft ja doch der sprachliche Ausdruck „sensitiv" oder „empfindsam" gerade jene zarteren Naturen, die für ihre Erlebnisse nicht nur besonders tief eindrucksfähig sind, sondern die dieselben besonders still und nachhaltig in sich verarbeiten, ohne daß nach außen etwas davon bemerkbar wird. Dieser Charaktertyp enthält mehr asthenische als sthenische Komponenten. Er stellt sozusagen das umgekehrte Spiegelbild der expansiven Persönlichkeit dar: ein kleinerer sthenischer Einschlag reizt den asthenischen Charakterkern. Wenn das zarte Gemütsleben des Sensitiven in bestimmte Erlebniskonflikte gerät, so vermag es nicht, wie der reine Astheniker es vermag, sich der Erlebniswirkung untätig leidend hinzugeben, vielmehr wird es durch das empfindliche Selbstbewußtsein und die ethische Strebsamkeit, die der sensitive Charakter mit umschließt, in innere Kämpfe hineingezogen, denen es mit seiner beschränkten Kraft nicht gewachsen ist. Als voll entwickelte Vertreter unserer Gruppe finden wir weiche, feinfühlige, geistig differenzierte Persönlichkeiten, ethische Innenmenschen von mehr altruistisch gefärbter Gefühlswelt, mit langdauernden, verborgenen Affektspannungen, Leute, die starke Erlebnisse weder assimilieren, noch frei ausdrücken können und die, bei starkem innerem Wert, in ihrer äußeren Haltung meist etwas Unsicheres und Unfreies haben. Die Variante dieses Menschentyps, die zur Zwangsvorstellung neigt, ist in ihrer übergewissenhaften, pedantischen oder grüblerischen Art schon oft und treffend beschrieben worden. Die andere Charaktervariante, die im sensitiven Beziehungswahn ihren krankhaften Ausdruck findet, wird weiter unten an unseren klinischen Fällen eingehend studiert werden können.

Der Unterschied der sensitiven Charaktergruppe von der expansiven, der vor allem in dem beträchtlich geringeren Grade psychischer

Kraft, und im Zusammenhang damit in der Gegensätzlichkeit der Entladungsrichtung des Affekts und der ethischen Orientierung beruht, ist ohne weiteres verständlich. Dagegen bedarf das sensitive Charakterbild nach der anderen Seite hin noch der Abgrenzung. Wir stoßen nämlich in unserer ärztlichen Tätigkeit noch auf einen weiteren — allerdings nicht besonders häufigen — Menschentypus, wo das Maß psychischer Kraft, wie es sich in der Erlebnisverarbeitung äußert, auf einen noch wesentlich niedrigeren Grad als beim sensitiven Menschen gesunken scheint, und der deshalb mit dem Ausdruck „rein asthenische Konstitution". gekennzeichnet werden soll. Die psychische Kraft des Sensitiven zeigt sich in seiner energischen intrapsychischen Aktivierbarkeit; sie versagt erst vor dem letzten Hindernis, vor der Endauswirkung des Reizes, und so entsteht die Verhaltung. Reine Astheniker sind auch nicht mehr verhaltungsfähig. Es sind jene überaus gemütsweichen, willensschwachen, schalenlosen Naturen, die unter dem Leben leiden, ohne sich dagegen wehren zu können; die weder hassen noch sich ärgern können; die, wenn ein starkes Erlebnis über sie kommt, eine Zeitlang traurig und müde werden und die Gedanken verlieren.

Diese Form einfacher, geradliniger Innenreaktion bezeichnen wir als rein asthenische Reaktion. Sie äußert sich klinisch als reaktive Depression, die sich von dem Formenkreis des manisch-depressiven Irreseins durch ihre zerfließende, lenkbare Weichheit, ihre Beeinflußbarkeit und Aussprachebedürftigkeit und ihre Verbindung mit Symptomen einfacher Nervosität, besonders äußerster Erschöpfbarkeit und Reizempfindlichkeit, unterscheidet. Diese Reaktionsform der nervös gefärbten, weichen, spannungslosen Depression findet sich nur bei Psychopathen mit vorwiegend asthenischen Charakterkomponenten, sie gehört also auch noch zu den Reaktionsmöglichkeiten der sensitiven Charaktergruppe, wie wir später sehen werden. Weil dieser asthenische Charakter- und Reaktionstypus für das Verständnis unserer sensitiven Fälle wichtig ist, gebe ich auch hier ein kurzes Beispiel.

Fall 3. Der Bauernsohn J., erblich schwer belastet, war von früher Kindheit an körperlich zart und sehr nervös. Bei ungewöhnlicher Begabung war er ein herzensguter, zutraulicher, überaus weichmütiger Junge, der auch im erwachsenen Alter noch mit ganzem Gemüt an seiner Mutter hing. Er konnte niemals froh sein, war gleich ängstlich, verlor bei jedem harten Wort die Gedanken, so daß er sich nicht mehr zu helfen wußte. Er hatte kein Selbstvertrauen, war zu schüchtern, um außerhalb seiner Familie Anschluß zu finden. Er war mitleidig, konnte kein Blut sehen, hatte solche Angst vor Streit, daß er gleich weglief, wenn zwei laut zu reden begannen. Niemals war er äußerlich erregt und hat noch mit keinem Menschen Streit gehabt. Er stotterte in der Schule, litt immer viel an Schreckträumen und Nachtwandeln. Er wurde auch körperlich leicht müde, bekam gleich Kopfschmerzen, Hitze im Kopf, Schwitzen und Herzklopfen. 1914 reagierte er auf einen Radunfall mit einer etwa 6 Wochen dauernden Gemütsdepression, wo er kaum sprach und immer vor sich hin weinte.

Zum zweitenmal erkrankte er nach seiner Einziehung zum Militär im August 1916; er fühlte sich bald durch körperliche Anstrengung angegriffen, litt unter dem Treiben der ihm fremden Kameraden und empfand bitteres Heimweh nach der freundlichen häuslichen Behandlung; er konnte nicht mehr schlafen und kam

bald ins Lazarett. In meiner Beobachtung war er überaus weich, gemütslabil, ängstlich und sehr traurig; oft standen ihm Tränen in den Augen. Aus seinem kindlichen Gesicht sah er mit schüchternem, haltlosem Blick umher. Er fühlte sich müde und erschöpft, jedes laute Geräusch, Wagenrasseln, Türenschlagen tat ihm im Kopfe weh. Er zeigte ein überaus williges, bescheidenes, anständiges Benehmen, faßte gleich volles Zutrauen zum Arzt und sprach sich zu seiner sichtlichen Beruhigung verständig und ausführlich über seinen Zustand aus. Oft kam er von selbst zum Arztzimmer und war freier und ruhiger, wenn man ihm Trost zusprach oder wenn man ihn nur ruhig eine Weile am Tisch sitzen ließ. Nachts im Halbschlaf, auch bei Tag, wenn er allein war, sah er oft gräßliche, wilde Gestalten, die gegen ihn schrien, hörte donnern und schimpfen oder sah ein Feuer aus der Erde auf sich zukommen; dann überfiel ihn schwere, zwingende Angst, daß er blindlings aus dem Zimmer rennen mußte; zweimal kam es dabei zur Bewußtseinstrübung mit Zittern und Schweißausbruch. Er bat, zu seiner Mutter entlassen zu werden, weil diese ihn so trösten könne, daß jedesmal seine Traurigkeit verschwinde.

Dies ist ein besonders schwerer Fall von asthenischem Charakter. Es liegt auf der Hand, daß wir mit der klinischen Bezeichnung „konstitutionelle Depression" hier nur einen Teil des Tatbestandes, und vielleicht nicht einmal den wesentlichen, zu treffen vermöchten. Was wir als Grundzug dieses Charakters herausfühlen, ist die unbeschützte Kraft- und Wehrlosigkeit des seelisch zum Lebenskampf zu schwach veranlagten Individuums gegen seine Erlebnisse. Daß solche Menschen, die auf Schritt und Tritt unter dem harten Leben zu leiden haben, aus einer müden Depression nicht herauskommen, ist selbstverständlich; die Depression braucht hier nichts in der Art der Melancholie endogen Primäres zu sein. Wo die asthenische Veranlagung nicht so schwer ist, ist sie auch tatsächlich nicht immer mit generell depressiver Gemütslage verbunden. Immerhin werden wir vermuten, daß Übergänge zwischen asthenischer Konstitution und dem zirkulären und konstitutionell depressiven Formkreis bestehen, oder besser gesagt, daß oft dasselbe Krankheitsbild von der charakterologisch-reaktiven Seite her sich als asthenische Konstitution, von der biologisch-autonomen aus als konstitutionelle Depression betrachten läßt. Wir stehen hier wieder an einem der vielen Punkte, wo das psychologische und das biologische Prinzip sich verschlingen.

Wir sind am Ende unserer psychologischen Zergliederung, die neben der Abgrenzung von fünf Haupttypen psychopathischer Reaktionsformen uns die vier Hauptgruppen psychopathischer Charaktere: den primitiven, expansiven, sensitiven und rein asthenischen Charakter ergeben hat. Jeder dieser Charaktertypen wurde im Hinblick auf seine Reaktionsmöglichkeiten mit einer kurzen psychologischen Formel gekennzeichnet, die es erlaubt, das wesentlich Gemeinsame und das wesentlich Verschiedene zweier Charaktere mit wenigen, genau definierten Begriffen auszudrücken. Wir können so die Übergänge und Verwandtschaften zwischen allen psychopathischen Charakterformen so handlich darstellen, wie wir eine chemische Formel durch Zusatz oder Wegnahme einzelner Elemente in eine andere überführen. Aus der Mischung der primären Faktoren kann dann die Art der Charaktergewöhnungen, die Färbung des

Gemütszustandes, des Selbstgefühls, besonders aber der ethischen Qualität, abgeleitet werden, wie sie den einzelnen klinischen Charakterformen ihre anschauliche Abrundung gibt. Letztere Zusammenhänge konnten im Rahmen der vorliegenden Arbeit nur flüchtig angedeutet werden. Bei unserer ganzen psychologischen Terminologie haben wir es grundsätzlich vermieden, psychopathische Lebensvorgänge kausal erklären zu wollen — dies ist überhaupt unmöglich —, sondern wir beschränken uns darauf, das, was wir objektiv vor uns sehen, begrifflich präzis zu gruppieren. Daß dies nicht schematische Spielerei ist, sondern uns dem klaren Verständnis unserer seelischen Forschungsobjekte näherbringt, wird die Anwendung auf unsere spezielle klinische Aufgabe zeigen, an die wir jetzt sogleich herantreten.

Drittes Kapitel.

Der erotische Beziehungswahn alter Mädchen.

Fall 4. Helene Renner, geb. 14. November 1877, Kontoristin. Der Vater ist Trinker, überaus reizbar und jähzornig, polternd, doch tüchtig im Handwerk und nicht ohne Gemüt. Die verstorbene Mutter war sanft, freundlich und still, eine besorgte Hausfrau, die zeitweise sehr unter dem Wesen ihres Mannes litt und manchmal Ohnmachtsanfälle bekam. Die 5 Brüder der Kranken sind sämtlich aufgeregte und großenteils etwas jähzornige, grobe, streitsüchtige, zum Trunk geneigte Menschen, doch sämtlich brauchbar im Geschäft; einer litt an Anfällen, ein zweiter ist ein schwerlebiger, zu Verstimmungen geneigter Mann, der oft dann tagelang nicht spricht und einmal einen Sommer lang leutescheu, appetitlos und ohne zu arbeiten herumsaß; er war als Kind so empfindlich gegen bestimmte Geräusche, daß er sich manchmal am Boden wälzte. Von den 3 Schwestern neigt eine zu Ohnmachten, eine andere ist furchtbar aufgeregt, rührselig, neigt zu Herzanfällen und sinnlosen Affektausbrüchen. — Ein Bruder der Mutter starb geisteskrank in einer Heilanstalt, eine Schwester derselben war eine exaltierte, phantastisch-ängstliche Person, die zeitweilig halluziniert habe; ein Vatersbruder der Mutter sei ein närrischer, aufgeregter Sonderling gewesen.

Die Kranke selbst war von früher Kindheit an ein körperlich zartes, geistig überaus sensibles und ebenso intelligentes und strebsames Mädchen. Sie litt unter Kopfweh und war so schmerzempfindlich, daß sie schon beim Kämmen ohnmächtig wurde. Sie durfte morgens nicht rasch geweckt werden. In der Schule war sie die Erste, überaus ehrgeizig, untröstlich, als sie ihren Platz einmal nicht halten konnte, wissensdurstig und interessiert. Sie hatte entsetzliche Angst vor Hexen und Geistern, las viel, mit Vorliebe Indianergeschichten; konnte sich an jedem Wasserfall den Mississippi träumen. Noch später hätte sie, wie sie sagt, an grausigen Stellen in Kriminalromanen gerade hinausschreien können. An ihrer Mutter hing sie mit schwärmerischer, aufopfernder Verehrung. Gegen Tadel war sie sehr empfindlich, gleich außer sich, konnte lange nicht vergessen; wurde überhaupt von unangenehmen Eindrücken lange verfolgt; meinte schon als Kind bei jeder kleinen Unordnung am Kleid, alle Leute sähen auf sie.

Mit dem Heranwachsen machte sie sich rasch selbständig, suchte sich viel-

seitig auszubilden und war seit ihrem 17. Lebensjahr vorwiegend als Kontoristin und Schreibfräulein in gutbezahlten Stellungen tätig, wo sie wegen ihrer Intelligenz und wegen ihres außerordentlich gutartigen, tüchtigen und zuverlässigen Wesens trotz ihrer Nervosität und Empfindlichkeit sehr geschätzt war, und zum Teil Vertrauensstellungen genoß. Vorübergehende Versuche, als Zimmermädchen mehr körperliche Arbeit zu tun, waren an ihrer raschen Erschöpfung gescheitert. Aus ihrer angeborenen Anlage, das Leben schwer zu nehmen, entwickelten sich frühzeitig die ernsthaftesten ethischen Anschauungen, die auf sexuellem Gebiet skrupelhaft zu nennen waren; es spielten dabei auch ihre Neigung, etwas auf sich zu halten, und ihre tief religiöse Gemütsrichtung mit. Sie hatte sich schon als Kind nur freuen können, wenn sie von anderen animiert wurde, konnte dann wild und ausgelassen werden, bekam aber, wie sie meint, gleich ein schlechtes Gewissen, daß sie so lustig sei. Vergnügungen besuchte sie auch späterhin nicht ungern, konnte aber schwer aus sich herausgehen und fühlte sich nur behaglich, wenn sie Bekannte um sich hatte; jede abendliche Festlichkeit griff sie aber schon als junges Mädchen so an, daß sie tags darauf zum Teil das Bett hüten mußte. Für ihre Angehörigen war sie ängstlich besorgt. Schon früh machten sich Ansätze zum Zwangsdenken bei ihr bemerkbar, sie mußte jedesmal, ehe sie schlafen ging, unters Bett sehen und nachher wiederholt herausgehen und sich vergewissern, ob die Türe geschlossen sei.

Die erste Störung ihres psychischen Gleichgewichtes erfolgte in ihrem 20. Lebensjahr beim Tode ihrer zärtlich geliebten Mutter. Schon während des langen Krankenlagers weinte sie viel und wünschte sich den Tod; nach dem Tode der Mutter war sie beinahe ein Jahr lang untröstlich, tief deprimiert und unglücklich, doch nicht eigentlich psychotisch; sie litt damals an halbseitigen Gesichtsschmerzen. Sie fühlte sich weiterhin fast immer etwas kränklich und nicht recht leistungsfähig; schon mittags war sie meist stark ermüdet. Im Sommer und besonders in der Übergangszeit des Frühjahrs fühlte sie sich schlaffer und weniger wohl als im Winter; zur Zeit der Periode war sie regelmäßig stärker gedrückt und verstimmt, arbeitete aber bei alledem tüchtig als Kontoristin einer größeren Fabrik in K.

Einmal kündigte sie im Affekt, als man ihr eine neue Arbeit, wie sie meinte unberechtigt, aufbürden wollte, weinte und alterierte sich sehr, fühlte sich müde und krank, wollte sich zur Kräftigung ihrer Gesundheit als Zimmermädchen in einem Kurort verdingen, war aber körperlich zu schwach und kehrte in ihre alte Stellung zurück, wo sie sofort wieder angenommen wurde. Im Jahre 1902 fürchtete sie lungenleidend zu werden, erholte sich aber rasch durch einen Aufenthalt im Schwarzwald und führte nun zwei Jahre lang daheim das Hauswesen. Hier war sie körperlich überanstrengt und litt schwer unter dem Wesen ihres Vaters und ihrer Brüder, weil sie sich durch jedes rauhe Wort verletzt fühlte. Es gab viel Streit und Verdruß, sie weinte, betete, fühlte sich oft ganz verlassen und kam gemütlich sehr herunter. 1905 siedelte sie zu ihren Verwandten nach G. im Schwarzwald über und nahm dort eine Stellung in einem Fabrikkontor an. Hier war sie sehr geschätzt, nicht überanstrengt, hatte angenehme Vorgesetzte und wurde zum Teil auch mit verantwortungsvollen Geldgeschäften betraut; bei ihren Verwandten traf sie freundliche Familien-

verhältnisse, wurde geschont und galt viel im Hause. Sie lebte jetzt förmlich auf, fühlte sich wirklich glücklich, gehoben, ja sogar lustig und arbeitete leicht und flink.

Hierin trat nun bald eine entscheidende Wendung ein. Sie arbeitete seit dem Jahre 1906 mit einem jungen Manne zusammen, der ihr anfangs gleichgültig war, zu dem sie aber langsam im Lauf der Zeit eine Neigung faßte. Sofort begann sie diese Gedanken zu unterdrücken, weil er 8 Jahre jünger war als sie und weil sie deshalb nicht glaubte, ihn durch eine Heirat glücklich machen zu können. Jede andere Annäherung wies sie bei ihren strengen sittlichen Anschauungen weit von sich und kämpfte mit innerem Abscheu gegen ihre starken sexuellen Regungen, ohne völlig darüber Herr zu werden. Trotzdem sie peinliche Zurückhaltung wahrte und ihm nie die geringste Annäherung gestattete, glaubte sie doch bald, daß er ihre Neigung erwidere; sie überwachte eifersüchtig seine Schritte und war gekränkt, sobald er nur länger mit einem anderen Kontorfräulein sprach. Sie konnte ihn förmlich hassen, wenn er dem Bilde, das sie sich von ihm gemacht hatte, nicht entsprach; durch jedes nicht ganz gewählte Wort von ihm konnte sie sich tief verletzt fühlen. Und trotzdem liebte sie ihn immer wieder. Sie merkte, daß sie seinen Blick nicht mehr ertragen konnte; er saß ihr täglich bei der Arbeit gegenüber. So kämpfte sie, zwischen Widerwillen und Neigung hin und her geworfen, monate- und jahrelang mit Aufbietung aller sittlichen Kraft gegen ihre Gefühle. Gleichzeitig damit wurde ein nie ganz vergessenes Jugenderlebnis mit erneuter Stärke in ihr wach, wo der Onkel, in dessen Hause sie jetzt in G. lebte, sich einmal wider ihren Willen in etwas zweideutiger Weise zu ihr ins Bett gelegt hatte, doch ohne daß es zu unsittlichen Handlungen gekommen wäre; sie war ein 12jähriges Mädchen und hatte sich schon damals viel Selbstvorwürfe und die unklare Sorge gemacht, schwanger zu werden. Diese Erinnerung besiegelte ihr nun die Gewißheit, die ihr schon ihr vergeblicher Kampf mit ihrer erotischen Neigung aufdrängte, daß sie ein schlechtes Geschöpf sei; sie glaubte einen sinnlichen Blick zu haben, der jedermann auffallen müsse. Und nun begann sich ihr wieder, wie damals, der Gedanke aufzudrängen, sie möchte schwanger sein.

„Ich vertraute mich zunächst meiner Tante an," schreibt sie selbst, „ließ mich jedoch nicht beruhigen. Als ich immer und immer wieder mit meiner Sorge an sie herantrat, wurde sie ungeduldig und schrie eines Abends, als alles ruhig war, bei offenen Fenstern von dieser Sache. Was sie eigentlich sagte, ist mir nicht mehr erinnerlich, aber das weiß ich, daß es einen furchtbaren Eindruck auf mich machte, und ich mir sagte: Nun ist alles verloren, nun bin ich zugrunde gerichtet! Ich bemerkte nun, wie die Leute auf der Straße mich forschend anschauten, hörte auch gelegentlich Bemerkungen, als ob ich schwanger sei. Ich bekam tatsächlich einen breiteren Umfang, wog aber dabei samt den Kleidern nur noch 92 Pfund. Ich aß nicht mehr genügend vor Angst, stärker zu werden, und auch deshalb, weil ich sehr mit Verdauungsbeschwerden zu kämpfen hatte. Ich machte mich wohl selbst auffällig in meiner Angst. Sobald man mir aber mit derartigen Anspielungen kam, wußte ich ganz genau, daß das, was ich befürchtete, nicht der Fall sein konnte; da konnte ich mir sagen, daß ja dann das ganze Natur-

gesetz umgestoßen werden müsse. War ich jedoch allein, so war auch gleich wieder die Angst da; man könnte mir ja mit einer Spritze etwas beigebracht haben usw."

Bald machte sie auch im Geschäft die Wahrnehmung, daß im Gespräch Bemerkungen über sie fielen: „Man sieht's an den Augen", hieß es, „Die ist schlecht", „Sie hat was zu hoffen", „Ist das ein Schwein". Man machte es ihr schändlich; sie faßte es als Schikane auf; man wollte sie aus Eifersucht auf den jungen Mann aus dem Geschäft drängen. Schon nach einem halben Jahr ging sie zum Bureauchef und bat um ihre Entlassung, da man sie allem Anschein nach nicht haben wolle. Auf sein freundliches Zureden gab sie sich eine Zeitlang zufrieden, um dann von neuem anzuklopfen und wieder teils von ihm, teils vom Fabrikherrn selbst vorübergehend beruhigt zu werden. Dies wiederholte sich mehrfach; es kam nicht zur Kündigung, weil sie ihr Versprechen, länger zu bleiben, nicht brechen wollte und froh war, in ihrer guten Stellung ihr Brot verdienen zu können. — Unterdessen bekam sie immer wieder aus dem Gespräch der Bureauangestellten Anspielungen zu hören. Anfangs machte sie in der Aufregung verschiedentlich Szenen; später ließ sie alles über sich ergehen und wollte es als Buße hinnehmen, wenn es sie auch manchmal zu hart dünkte. „Ich trug selbst furchtbar schwer an der Tatsache, daß ich so etwas zu verzeichnen hatte (das Jugenderlebnis mit dem Onkel und die jetzige Verliebtheit), und fühlte mich namenlos unglücklich, machte mir auch Vorwürfe, daß ich mich nicht mehr zusammengenommen."

Ihr Nervenzustand verschlimmerte sich rasch. Das Denken fiel ihr schwer, sie war fast unfähig zum Rechnen; sie hatte das Gefühl, als ob in ihrem Kopf etwas sein müßte, als ob es dort nicht mehr ginge. Die Nächte lag sie wach, gepeinigt von ihren Gedanken. In ihrer Gewissensangst machte sie dem Onkel bittere Vorwürfe; sie beschuldigte ihn, daß sein damaliges Verhalten mit die Schuld an ihrer Krankheit trage; sie verlangte von ihm, daß er die nach ihrer Meinung strafbare Unsittlichkeit (daß sie längst verjährt sei, wußte sie damals noch nicht) nachträglich anzeige; ja, sie hielt es selbst für ihre Pflicht, die Sache amtlich zu melden, konnte es jedoch nicht übers Herz bringen, um nicht die ganze Familie in Unglück und Schande zu stürzen. Lieber wollte sie sich selbst opfern und schwieg, obgleich ihr das Schweigen eine unerträgliche Qual war.

Von nun ab lebte sie in ständiger Angst, die Polizei müßte ins Haus kommen und sie und ihn zur Verantwortung ziehen. Auch in der Zeitung tauchten Andeutungen auf; die Polizei wollte ihr auf diese Weise unauffällig zusetzen, bis sie gestände. Sie wartete mit Schmerzen auf das Erscheinen des Blattes, um zu erfahren, was man nun wieder alles über sie wußte; sie rieb sich dabei auf und konnte es doch nicht lassen. „Mit der Zeit trug alles den Charakter des auf mich Bezüglichen," sagt sie; „es kam so weit, daß ich im Gespräch nichts mehr hörte und in der Zeitung nichts mehr las als Vorwürfe gegen mich." Sie war überreizt und tief unglücklich. Auf der Straße sah jedermann sie an, alle Leute machten einen Bogen um sie; wenn sie zur Kirche kam, wurde nur auf sie gepredigt. — Endlich verließ der Geliebte das Geschäft, ohne tieferen Abschied; er scheint von ihrer Neigung kaum etwas bemerkt zu haben; sie hörte nie mehr etwas von ihm.

Kurz darauf verließ sie G. (Frühjahr 1909) und ging nach Hause. Hier

trat eine Besserung ihres Zustandes ein. Sie fühlte sich unbehelligt und gemütlich freier. Die Besserung hielt auch einigermaßen stand, als sie nach kurzer Zeit wieder daheim in ihrer früheren Fabrik in K. ins Kontor eintrat. Zwar bemerkte sie bald, daß man dort bereits von allem unterrichtet sei, doch kam man ihr nicht unverschämt entgegen, und sie hatte nur wenig zu hören. Sie arbeitete allein mit einer anderen Angestellten in einem kleinen Raum, fühlte sich dort geschützt und vermied es, anders als auf dem kurzen Weg zwischen Wohnung und Bureau mit den Leuten in Berührung zu kommen.

Dies änderte sich, als im Herbst 1910 eine neue Fabrik gebaut wurde, und sie trotz ihrer Bitten in einen großen Arbeitsraum mit Maschinengetöse und einer Menge von Arbeitern übersiedeln mußte. Sogleich hörte sie wieder die alten Anspielungen heraus: „Die gehört hinausgeworfen" u. a., auch unter häßlichen Bemerkungen sexuellen Inhalts hatte sie zu leiden; ja selbst in den alltäglichsten Redewendungen: „Gegenwärtig hat's Staub" oder „Heute gibt's Regen", glaubte sie eine Beziehung gegen sich enthalten, sobald sie sie mehrmals hintereinander hörte. Am meisten fürchtete sie sich vor dem Frühstück, wo sie in einem kleinen Schenkraum mit einer Menge anderer Angestellten eng zusammengedrängt war; sie bekam in dieser Zeit fast regelmäßig Ohnmachtsanwandlungen.

Zudem wuchs die Arbeit gegen das Frühjahr 1911 an, und gleichzeitig steigerte sich ihr Zustand zu äußerster körperlicher und seelischer Erschöpfung; sie war schon morgens früh der Ohnmacht nahe, konnte bis zum Abend fast das Handgelenk nicht mehr rühren, war oft in Tränen aufgelöst und zitterte am ganzen Körper; sie wollte aber weiterarbeiten, bis sie stürbe; das war ihr sehnlicher Wunsch. Sie war beherrscht von den alten Selbstvorwürfen und der Angst vor der Polizei. Einen Mauerstein mit der Jahreszahl 1906, den sie am Keller entdeckte, glaubte sie dort eingemauert, um auf die G.er Liebesaffäre hinzuweisen; ja sie meinte aus einer Zeitungsnotiz herauszulesen, daß von der Polizei eine Maschine dort aufgestellt sei, um ihre Gedanken aufzuschreiben; doch habe sie nie das Gefühl oder das Erlebnis gehabt, daß etwas Derartiges geschehe. Sie hatte Bücher über Hypnotismus gelesen und betete nun zu Gott, daß er sie hypnotisieren lassen möge, daß sie das Geständnis ihrer Schuld, die ihr fortwährend Gewissensqualen machte, auf diesem Wege über die Lippen bringe. Endlich entschloß sie sich, zum Arzt zu gehen, der sie sogleich zur Erholung nach Wildbad schickte.

In den 4 Tagen, wo sie hier war, und in den 4 nächsten, wo ihre Verbringung ins Sanatorium A. für ratsam gehalten wurde, verlebte sie einen eigentümlichen seelischen Zustand zwischen apathischem Hindämmern und verzweifelten Schmerzausbrüchen. Anfang und Ende all ihrer Gedanken war die Liebesaffäre und das Jugenderlebnis. Ein großer Druck lag über ihr; sie hatte das Gefühl von schwerem, drohendem Unheil, das über dem Hause stünde; die Leute, die um sie waren, kamen ihr so sonderbar vor, weil sie gar nichts wußten und ahnten, während sie allein die Vernünftige war; sie fühlte sich nicht müde, es war ihr alles so klar. Sie müßte sterben, oder es würde die Polizei kommen und sie ins Gefängnis abholen; sie wartete jeden Augenblick darauf; einmal hatte sie sich um Mitternacht

schon angekleidet, fertiggemacht und war die Treppe hinuntergegangen, bis die Oberin sie zurückrief.

Schon auf der Bahnfahrt begann dieser Zustand; sie hörte die Mitreisenden sprechen, aber es war ein Lallen, wie im Rausch, halb unartikuliert; sie erinnert sich, daß von Maschinen, von Enten und von Hühnern die Rede war. Die Geräusche wurden zu Stimmen; die Krähen schrien: „Feuer, Feuer!" die Ziegen: „Helene, Helene!" Wie sie beim Stadtarzt im Wartezimmer saß, sah sie alte Bauern aus dem Sprechzimmer herauskommen; sie konnte sich aber nicht besinnen, weshalb sie dort herauskämen; sie hatte überhaupt kein Interesse mehr, sie fühlte sich ganz dumm und leblos, sie hatte das Gefühl: „Mir ist alles eins." Auf der Straße hörte sie zwei Mädchen von Nummern und grauen Kappen sprechen. Im Speisesaal drehte sich die ganze Unterhaltung nur um sie; jedermann mußte ihre Gedanken kennen, denn ihre Gedanken waren so aufdringlich, daß sie nicht sicher war, ob sie sie spreche oder denke; zeitweise glaubte sie das erstere; sie hörte auch die Oberin sagen: „Sie spricht viel." Immer wieder mußte sie dieselben häßlichen, sexuellen Dinge denken; sie glaubte zuletzt, daß sie ihr von den Leuten eingepflanzt würden.

Sie hielt sich auf ihrem Zimmer zurückgezogen und lag apathisch auf dem Sofa. Im Gehirn hörte sie: „Alle müssen sie hinunter" (ins Gefängnis) oder: „Herminchen" (Name ihrer Schwester). Sie hatte einen Brief geschrieben; wie sie ihn schloß, hörte sie, wie man unten im Haus darüber lachte. Sie versuchte in einem Buch zu lesen; es handelte nur von ihr und ihren Angehörigen; sie legte es beiseite, es regte sie auf. Sie dachte immer an den jungen Mann, als ob er kommen würde, doch sonderbarerweise, ohne sich darüber freuen zu können. Sie fühlte sich in dieser Zeit wie eine Märtyrerin; einmal hörte sie im Gespräch von Prinzen und Prinzessinnen reden; sie dachte, daß diese sich ihrer annehmen wollten, weil sie so viel unschuldig leiden müsse; es schwebte ihr dabei ein Bild der bayerischen Königsfamilie vor, das sie vor kurzem gesehen hatte. Der Gedanke kam ihr nur einmal; sie fragte nachher die Oberin, ob sie an Größenwahn leide.

Gegen Abend verschlimmerte sich jedesmal ihr Zustand. Sie fürchtete sich sehr, zum Zweck eines Geständnisses hypnotisiert zu werden, so sehr sie sich dies vorher gewünscht hatte. Sie untersuchte genau alle Türen, ob sie gut schließen, und setzte sich bis über Mitternacht unters Fenster, um sich durch die kühle Nachtluft wach zu erhalten, bis sie sich endlich vor Müdigkeit und Frost zu Bett legte. Daneben hatte sie großes Heimweh nach dem früheren Geliebten, war sexuell stark erregt, sah bei Tag und Nacht erotische Szenen vor sich und hatte morgens den Gedanken, es sei jemand bei ihr gewesen (all das unsinnlich und ohne körperliche Empfindungen). Sie glaubte besonders morgens wieder, sie könnte ein Kind haben, und verfiel auf den Gedanken, die Polizei könnte einen Hund abgerichtet haben, um sie zu schwängern; das Deckbett roch auch einmal nach einem Hund. Sie hatte die Vermutung, man wolle sie betäuben, um einen Gewaltakt an ihr zu begehen, und bemerkte einen Fleck am Kissen, als ob man ein scharfes Betäubungsmittel hingetan hätte (sie litt damals an starken Nachtschweißen); beim Erwachen hatte sie das Gefühl, als ob sie betäubt worden wäre. Und zwar stellte sie sich vor, daß die Polizei sie durch die jetzigen Schwängerungsversuche dafür strafen wolle, daß sie damals

in ihrer Liebesaffäre keinen Verkehr gewollt habe. Es waren ihr auch selbst schon Zweifel aufgestiegen, ob sie nicht richtiger gehandelt hätte, sich dem Manne, den sie nun einmal liebte, auch hinzugeben.

Die Verzweiflung wuchs bei Nacht; einmal hat sie die ganze Nacht durchgebetet und gar nicht aufhören können, als ob sie ihre Seele dem Teufel abringen müßte. Am merkwürdigsten war es ihr in einer Nacht (sie hatte tags zuvor die Seherin von Prevorst gelesen, ihre Phantasie war sehr erregt davon); wie sie zu Bett lag, berührte sie zufällig den Draht einer defekten elektrischen Klingelleitung, der an der Wand herunterhing; sie glaubte sich elektrisiert, es war wie ein Anfall; die Glieder zuckten ihr, sie konnte fast nimmer atmen. Und nun war es ihr im Halbdunkel, als ob sie Personen auf sich zukommen sähe; sie war voller Angst, hatte den Gedanken, im Todestal zu gehen, streckte die Hand aus und meinte, der Heiland führe sie an der Hand; dabei lag sie aber zu Bett und hatte nicht das Gefühl zu gehen; wie der Tag dämmerte, merkte sie, daß die Personen, die sie gesehen hatte, ihre Kleider waren, die an der Wand hingen. Sie schreibt selbst hierüber: „Weil zu jener Zeit auch Missionsleute im Haus waren, glaubte ich, man wolle mich gesund beten und zwar in jener Nacht, in der ich meiner Meinung nach elektrisiert wurde. Der Gedanke daran überwältigte mich geradezu, und zwar in der Weise, als ob ich die Wirkung des Gebets, etwas Übernatürliches, nicht ertragen könnte. Das war die Nacht, in der ich sterben zu müssen vermeinte. Wie ich am anderen Morgen wieder zu mir selber kam, war mein erster Gedanke: du lebst ja noch. Ich muß noch ein wenig eingeschlafen sein, denn ich hatte einen Traum, als ob eine Anzahl Kinder im Kreis umherhüpften und dabei riefen: Täterätä, täterätä." Meist waren es schreckliche Träume, die sie plagten; sie träumte, ein Mann mit einem großen Messer verfolge sie, um sie zu erstechen; jedoch konnte sie ihm immer wieder entwischen.

Die Kranke erinnert sich im Sommer 1914 auf Befragen wieder an manche auffallende Gedankenverbindungen, wie sie ihr damals aufzutauchen pflegten, und die sie in der Zwischenzeit großenteils vergessen hatte. Die Eigenbeziehung war die denkbar intensivste. Auch in ihrer Zimmergenossin vermutete sie vorübergehend einen Spion der Polizei. Viele Gedanken knüpften sich an ihre neutestamentliche Lektüre an, an die sie sich in diesen Tagen zu halten versuchte. Wenn ihr die Wärterin eine Schürze lieh, so war das ein Zeichen, daß sie demütig werden sollte. Stand sie im Wald an einem Kreuzweg, so ging sie den schmalen und nicht den breiten Weg, weil sie schon genug gesündigt hätte.

Lagen morgens im Nachbarhaus Bettstücke unter dem Fenster, so wollte man ihr damit zeigen, wie sie ihr eigenes Bett zu sonnen habe, und sie legte es nun genau so unters Fenster wie am gegenüberliegenden Haus. Ein eigentümlicher Zwangsantrieb kam ihr einmal, als sie „ganz dumm und blödsinnig im Kopf" vor ihrer Badewanne stand, um die Temperatur zu messen; sie mußte den Thermometer in einem bestimmten Winkel ins Wasser halten, ohne zu wissen weshalb; eine Reihe kleiner Entchen, ein Kinderspielzeug, das daneben stand, mußte sie genau in Ordnung stellen; nachträglich kam ihr der Gedanke, sie müßte hypnotisiert worden sein. Wenn im Klosett die Wasserspülung versagte, so war ihr dies der Beweis, daß der Brunnen der Nachsicht, Geduld und

Barmherzigkeit nun erschöpft, und sie dem sicheren Untergang geweiht sei. So meinte sie auch noch in den ersten Tagen ihres Aufenthaltes in der Tübinger Klinik, daß nun nacheinander ihre Angehörigen an die Reihe kämen, und schloß von der Zahl der Schläge der Aufzugsglocke auf das Alter der nun in Frage kommenden Person.

Am 27. Juni 1911 begab sie sich auf Rat des behandelnden Sanatoriumsarztes freiwillig in die Tübinger Klinik. Es ist bemerkenswert, daß sie nach dem begleitenden Zeugnis desselben auch in diesen Tagen stets vollkommen zugänglich geblieben war und besonders tagsüber eine, wenn auch nie vollständige Krankheitseinsicht gezeigt hatte. In der Klinik verschwanden die akuten Erscheinungen schon in den ersten Tagen; sie gab eingehende, genaue Auskunft über den Verlauf ihrer Krankheit, war sehr fleißig, freundlich und willig. Zeiten mit stärkerem Beziehungswahn und Auftauchen der alten Wahnvorstellungen, mit innerer Unruhe, Depression und Selbstvorwürfen wechselten anfangs mit fast freien Tagen und Stunden, wo sie weitgehend korrigierte. Auch während der Exazerbationen blieb ein lebhaftes Krankheitsgefühl erhalten, sie war arztbedürftig, für Zuspruch dankbar, leicht zu beruhigen und für logische Einwände zugänglich. Sie sah ein, daß jeder andere ihre Annahme für krankhaft halten müsse, sie könne aber das Gefühl nicht los werden. Ihre große Labilität und Empfindlichkeit besserten sich zusehends.

Im März 1912 wurde sie, immer noch leicht verletzbar und zu flüchtigen Eigenbeziehungen und Insuffizienzgefühlen geneigt, aber frei von festen Wahnideen und sonstigen psychotischen Symptomen, als geheilt entlassen.

Sie arbeitete weiterhin als Privatsekretärin eines Arztes der Klinik, Dr. R., mit der alten Intelligenz und Zuverlässigkeit, blieb aber in ihrer Arbeitskraft und ihrem Gemütsleben schonungsbedürftig. Manchmal fühlte sie sich ganz frei und glücklich, häufiger aber wurde sie von dem Gedanken geplagt, daß die Leute sie verachten, weil der Ausdruck ihres Gesichtes etwas Sinnliches habe und dadurch ihre vermeintliche frühere Schuld widerspiegle. Dieser Gedanke verursachte ihre ängstliche Unsicherheit ebenso wie ihre Überempfindlichkeit. Sie sorgte sich, zuletzt von allen geächtet und brotlos zu werden; quälte sich mit der Vermutung, man sei mit ihren Leistungen unzufrieden, wolle sie am liebsten loswerden, um sich jedesmal wieder beruhigen zu lassen.

Im Frühjahr 1914 konnte sie sich mit den Dienstboten, von denen sie sich durch belanglose Unfreundlichkeiten ebenfalls absichtlich gekränkt fühlte, nicht mehr vertragen. Bald war sie dadurch wieder in einem Zustand nervöser Überreizung und Arbeitsunfähigkeit angekommen, daß sie von neuem in die Klinik aufgenommen wurde; sie hat sich rasch gebessert; die anfangs zum Teil wiederaufgenommenen Ideen, z. B. daß die Polizei sie seinerzeit verfolgt habe, hat sie inzwischen korrigiert. Sie ist von Krankheitsgefühl und dem ausgesprochenen Wunsch beseelt, wieder gesund und arbeitsfähig zu werden. Daß man hier im Hause über ihre Vorgeschichte spreche, hat sie auch zu Anfang nicht geglaubt, aber doch meinte sie damals, man lasse sie es fühlen. Sie beurteilt ihren Zustand und speziell die akute Zeit in Wildbad und A. mit Bestimmtheit als Geisteskrankheit, während sie im einzelnen nicht durchweg zu korrigieren vermag und am einen Tag für krankhaft hält, was ihr am anderen mit Wahrscheinlichkeit doch als wirklich

erlebt erscheint. Doch sagt sie selbst, daß die Dinge allmählich an Bedeutung für sie verloren haben; sie kann auch über die Liebesaffäre meist ohne allen Affekt sprechen, ist jedem kritischen Einwand zugänglich.

Die Frage der Wirklichkeit oder Wahnhaftigkeit ist ihr mehr ein wissenschaftliches Problem; wo sie dem Arzt nicht glauben kann, bezeichnet sie dies offen als Gefühlssache. An anderen Tagen sind ihr die Krankheitserlebnisse „dummes Zeug", über das man nicht sprechen sollte, obgleich sie sie im einzelnen nicht korrigiert hat. Jedenfalls aber sind ihre früheren Wahnvorstellungen, die für krankhaft, wie die für real gehaltenen, für sie abgeschlossene, der Vergangenheit angehörige Dinge, die für die Gegenwart ihre Bedeutung mehr und mehr verlieren; ausgenommen ist die jüngste, im Affekt wiederauflebende Wahnidee, daß Herr Dr. R. ihr übelwolle und ihr jetzt noch wegen schlechter Arbeit Vorwürfe machen könnte, und die von Anfang durchgehende Meinung, einen sinnlichen Blick zu haben (letztere oft mehr ein übermächtiges Gefühl als eine Wahnidee). Manchmal, besonders abends, ist ihre Stimmung ganz frei, vergnügt und „unternehmend", selbst zu Übermut geneigt, wenn die Umgebung es mit sich bringt; ebenso leicht aber wird sie von jeder Ermüdung beim Maschinenschreiben (sie ist darin auch jetzt, soweit die Kraft ausreicht, sehr willig und geschickt), von der kleinsten Unfreundlichkeit, von einem mißverständlichen Ausdruck im Gespräch umgeworfen; sie ist dann auf Stunden oder Tage sichtbar verstört, hastig in ihren Bewegungen, wird wechselnd blaß und rot, stockt in der Rede, ist scheu und befangen und produziert flüchtige, rasch korrigierte Beziehungsideen, hat ein „schlechtes Gewissen", das Gefühl, daß man mit ihr nicht zufrieden sei, daß sie „etwas angestellt" habe, wofür man sie nun ansehe.

In den Tagen der Menstruation ist sie stärker gedrückt; sie leidet dann unter der Angst, in eine Irrenanstalt zu kommen, nicht mehr gesund zu werden und wie eine schwer verblödete Kranke auf der unruhigen Abteilung anderen zur Last zu fallen; doch bekämpft sie diese Gedanken. Die alte Idee, ins Gefängnis zu kommen, taucht ihr zur Zeit der Periode regelmäßig als Zwangsidee wieder auf, deren Absurdität sie sofort nach ihrem Aufsteigen sich vergegenwärtigt und die sie zu unterdrücken sucht.

Eine mehrtägige Verschlimmerung schloß sich an die Abschrift eines Sektionsberichtes über eine tuberkulöse Knabenleiche an; sie schrieb mit großer Überwindung, brachte in 3 Stunden nur wenige Seiten vorwärts und machte massenhaft Fehler. Nachher erklärte sie dem Arzt, nun wisse sie, daß man auch bei ihr eine Krankheit, wie Tuberkulose, festgestellt habe und sie deshalb forthaben wolle; der Inhalt des Protokolls habe sie sehr aufgeregt, bei der Knabenleiche habe sie immer an ihren Neffen denken müssen. Sie schlief nachts schlecht, sah ihn im Traum tot vor sich, sah Leichen auf Haufen geworfen, die sich aufrichteten und höhnisch lachten. Sie war mehrere Tage arbeitsunfähig, körperlich nervös, seelisch aufgeregt und beziehungssüchtig. In solcher Stimmung bittet sie häufig gereizt um ihre Entlassung, läßt sich aber beruhigen und ist innerlich froh, bleiben zu dürfen. Durch Handarbeit vermag sie sich am ehesten von ihren Grübeleien und ängstlichen Befürchtungen abzulenken. — Sie erzählt von einer Störung des Gedankengangs, die sie manchmal an sich beobachte; beim Beten oder Lesen gleitet sie unbemerkt

in eine ganz andere, indifferente Gedankenfolge ab, in Bruchstücke von Gesprächen über Feldarbeit, wie sie die Bauern draußen führen, in früher gelesene Zeitungsnotizen u. a.; sie wird das erst nach einiger Zeit inne.

Katamnese 1917: Die Kranke ist im Sommer 1916 aus der Klinik entlassen worden. Sie hatte in der Klinik viel an der Schreibmaschine gearbeitet. Die gemütliche Überempfindlichkeit und die Neigung zu flüchtiger Eigenbeziehung ist geblieben, ernstliche Rezidive sind nicht mehr aufgetreten; die Arbeitsfähigkeit hat sich noch nicht recht gefestigt. Im September 1917 stand sie mit der Klinik wegen Erlangung einer vorübergehenden Krankenrente in Briefwechsel. Es kommt darin ein Mangel an Entschlußfähigkeit (lehnt erneute Untersuchung in der Klinik ab, was sie am nächsten Tag in einem neuen Brief zurücknimmt) und eine deutliche Gemütslabilität zum Ausdruck. Sie spricht auch von verschiedenen Befürchtungen, über die sie sich nicht näher ausdrückt, die sie teils überwunden habe, über deren Berechtigung sie sich auch zum Teil noch nicht im klaren sei. Zur Zeit dieses Briefwechsels stand sie nicht in Arbeit, sie fühlte sich in ihrer Gesundheit „heruntergekommen", was sie auf Gewichtsabnahme durch mangelhafte Ernährung zurückführte.

Die seelische Störung, die wir hier gezeichnet haben, und deren Kernpunkt der Beziehungswahn bildet, erstreckt sich nun auf über 10 Jahre. Durch diese weite zeitliche Übersehbarkeit, wie durch die offene, kluge und feinfühlige Art, mit der uns das Mädchen die eigenartigen Züge ihrer geistigen Persönlichkeit, wie die Wurzeln ihrer seelischen Entgleisungen enthüllt, eignet sich dieses Krankenblatt besonders zu einer tieferen Einführung in das Problem des sensitiven Beziehungswahns. Man möchte es trotz seines Reichtums an verwickelten psychotischen Bildern lieber eine Selbstbiographie als eine Krankengeschichte nennen; so unmittelbar wachsen diese krankhaften Dinge aus dem Gang der Lebensentwicklung heraus, so innig sind sie mit den Bewegungen des Gefühlsgrundes der Seele verwandt, so bewußt werden sie von der Kranken bis in ihre bittersten Folgen innerlich miterlebt und miterlitten, bekämpft und beurteilt. Dies ist unser erster gefühlsmäßiger Eindruck von den Erzählungen des Mädchens.

Die Charakteranlage unserer Kranken hat viel mit der des jungen J. gemein, den wir als Beispiel der rein asthenischen Konstitution erwähnt haben. Sie ist körperlich überzart, sie wird von alltäglichen, kleinen Schmerzreizen ohnmächtig, sie erschöpft sich bei jeder robusten Körperarbeit, sie reagiert mit Migräne, ein wenig Festfreude macht sie krank. Genau so erschöpfbar und überempfindlich, so weich, labil und schutzlos ist auch ihr Gemütsleben von Jugend auf gewesen. Jeder Tadel wirft sie um, jede Kinderangst bringt sie außer sich, ihre Geschichtenbücher machen sie phantastisch erregt. Sie flüchtet sich nach Art solcher Kinder mit schwärmerischer Anhänglichkeit in den Schutz ihrer sanften, stillen Mutter. Ein quälendes Haften unangenehmer Eindrücke, eine frühzeitige skrupulöse Ernsthaftigkeit, von suggerierter ausgelassener Überreiztheit zeitweise durchbrochen, ersetzt bei ihr die kräftige Jugendfreude normaler Kinder. Ebenso wie bei unserem jungen Astheniker entwickelt sich bei ihr ein tiefes ethisches Zartgefühl und eine freundliche, haltbedürftige Zutraulichkeit gegen wohlgesinnte Menschen. Und ebenso, wie wir es dort ge-

schildert haben, antwortet sie auf den ersten großen Schmerz ihres Lebens, beim Tod der Mutter, mit einer weichen, langanhaltenden Depression.

So weit gibt unsere Kranke das reine Bild des asthenischen Charaktertyps. Das ist aber nur die eine Seite ihres Wesens. Mit ihr kontrastiert, und zwar in gewissen Entwicklungsphasen schroff, eine andere Richtung ihres Charakters. Sie ist nicht nur begabt, sondern von einer nachhaltigen, zielbewußten Strebsamkeit beseelt, die wir durch ihren ganzen Lebensgang verfolgen können. Es ist ihr unerträglich, in der Schule nicht die Erste zu sein, mit einem lebendigen Interesse faßt sie nach Wissen und Bildung, mit nervös gespannter Willenskraft drängt sie nach vorn und oben; trotz ihrer einfachen Herkunft, ihrer mangelhaften Erziehung, ihrer körperlichen Schwäche finden wir sie, kaum erwachsen, schon im selbständigen Beruf, in gehobener sozialer Stellung. Ein überaus empfindlicher, verletzbarer Ehrgeiz wacht über ihren beruflichen Leistungen, wie über den hochgesteckten Begriffen ihrer persönlichen Ethik. Eine gewisse Feinheit und Distinktion ist in ihrer Denkweise und ihren Umgangsformen erkennbar. Ihr persönliches Auftreten ist ebenso durch ihre sanfte Bescheidenheit und Gutherzigkeit, wie durch ihren Eigensinn und ihr verletzbares Selbstgefühl gekennzeichnet.

Bei dieser zweiten Charakterseite unserer Kranken fühlen wir uns lebhaft an das Bild des expansiven Malermeisters erinnert, den wir als Beispiel des Kampfneurotikers früher erwähnt haben. Hier wie dort das soziale Heraufarbeiten aus eigener Kraft, die Berufstüchtigkeit und ethische Gediegenheit, die persönliche Treue gegen geliebte Menschen, der Eigensinn und überempfindliche Ehrgeiz und die tiefe Nachhaltigkeit der Affekte. Wenn wir beachten, wie konsequent sich diese Linie in dem Leben unserer Patientin verfolgen läßt, so werden wir nicht in Versuchung kommen, diese warme seelische Lebendigkeit und dieses rastlose Höherstreben rein als asthenisches Strohfeuer, aus der Überreizbarkeit eines schwachen Nervensystems erklären zu wollen. Wir werden sie vielmehr als wichtige selbständige Charakterkomponente, als sthenischen Einschlag aufzufassen haben.

Das Wesentliche an dem Charakter unserer Kranken ist nun natürlich nicht, daß in ihm sthenische und asthenische Anlagen gemischt sind — dies ist in jedem normalen Charakter der Fall —, auch nicht die Disharmonie dieser Anlagen — sie ist ein allgemeines Merkmal vieler Psychopathentypen. Sondern kennzeichnend ist die hohe Spannung zwischen diesen beiden Polen, die durch Zumischung eines scharf bestimmten sthenischen Fermentes in einem vorwiegend und ausgeprägt asthenischen Charakter erzeugt wird. Auch der Primitivneurotiker kann groteske Kontraste in seiner Anlage vereinigen; er wird bald seine sthenischen, bald seine asthenischen Instinkte unbekümmert ausleben, sie werden einander wenig behelligen; sie werden sehr oft zu äußeren, aber kaum zu intrapsychischen Konflikten führen. Die Spannung entsteht erst dadurch, daß beide Richtungen vom Individuum beständig und bewußt in ihrer extremen herben Gegensätzlichkeit empfunden und erlebt werden. Dieser Fall ist eben nur bei gut retinierenden Charakteren möglich und wird um so mehr gegeben sein, je mehr es sich, wie bei unserer Kranken, um hochwertige, ethisch fein differenzierte, um intelligente und gemütvolle Menschen handelt. Und dieses Erleben des inneren Konfliktes wird vorwiegend sein Erleiden sein und wird

um so schwerer überwunden werden, je mehr die asthenische Charakterrichtung den Ausschlag gibt.

Die Feinheit und Genauigkeit, mit der unsere Kranke uns über ihr Innenleben auf Jahre zurück Rechenschaft geben kann, zeigt am besten, wie bewußt und wie intensiv sie ihre eigenen Seelenvorgänge beobachtet, zergliedert und beständig in skrupulösester Weise ethisch überwacht. Auch dieses feinfühlige ethische Innenleben ist ein vorwiegend asthenisches Symptom — der Stheniker lebt sich aus, er beobachtet sich nicht —, es bekommt aber durch die Beimischung von sthenischem Ehrgeiz noch eine Verschärfung, einen nervös gespannten Akzent. Und dieser betontere sthenische Einschlag ist es auch, der die Blickrichtung nach innen in dem Grad, wie sie manchen Zwangsneurotikern eignet, verhindert, der vielmehr eine gewisse Lebendigkeit des seelischen Austauschs mit der Umgebung, eine aktivere Betonung der Tüchtigkeit im sozialen Leben und der persönlichen Ehre nach außen bedingt. Dadurch wird die Spannung der intrapsychischen Faktoren unter sich in verstärktem Grade in dem Verhältnis zwischen dem Individuum und seinen Nebenmenschen, in einer gesteigerten nervösen Labilität und Empfindlichkeit dieses Verhältnisses, in einer Neigung zur Überwertung und falschen Beziehung, sofern es gestört wird, zum Ausdruck kommen. Alle diese Charakterzüge, die wir schon früh an unserer Kranken beobachten können, sind für das Verständnis ihrer späteren Seelenstörung von unmittelbarer Bedeutung.

Wir haben damit in unserer Kranken eine Persönlichkeit kennengelernt, die alle wesentlichen Züge der sensitiven Charaktergruppe in sich vereinigt: die asthenische Zartheit, die Überempfindlichkeit, die ethische Innerlichkeit und die Neigung zu verhaltenen intrapsychischen Affektspannungen, die sich aber von der zwangsneurotischen Variante dieses Typs durch die selbständigere Herausarbeitung des sthenischen Einschlages und die dadurch bedingte schärfere Kontrastierung des Charakters und die aktivere Bezugnahme mit der Umwelt unterscheidet.

Zu dieser rein charakterologischen Betrachtungsweise sind nun noch die biologischen Momente hinzuzunehmen. Die Patientin ist aufs schwerste erblich belastet (wobei übrigens die sthenische Charakterkomponente sich deutlich vom Vater, die asthenische von der Mutter herleitet); sie entstammt einer Familie von Psychopathen, Geisteskranken und Sonderlingen; darin liegt eine vielfältige latente Disposition ihres nervösen Organismus zu psychischen Erkrankungen begründet. Diese biologische Minderwertigkeit ihres Gehirns kommt in einer starken, auch körperlichen Nervosität zum Ausdruck; sie spiegelt sich vor allem in einer erstaunlichen Ermüdbarkeit, die jedem ernsthaften Anspruch an ihre körperliche und psychische Kraft mit Erschöpfung antwortet. Dieser abnormen Erschöpfbarkeit kommt in der Pathogenese ihrer Seelenstörungen eine wichtige Rolle zu. Auch die normalen zyklischen Schwankungen des Gemütslebens, wie sie mit der Periode, mit den Jahreszeiten zusammenhängen, finden sich bei ihr in vertieftem Grad. Zudem ist sie körperlich kränklich. — Die Gesamtkonstitution der Patientin ist eine ebenso schwer psychopathische wie neuropathische; ihre Anlagen sind von vornherein solche, daß man ihren Weg durch die mancherlei psychischen Schädlichkeiten des Lebens von Anfang an nicht ohne Besorgnis verfolgen wird. In

der Tat sehen wir sie auf solche Wirkungen in polymorpher Weise psychopathisch reagieren: asthenische Ohnmachtsanfälle, zeitweise hypochondrische Einstellung, reaktive Depression, kleine Primitivreaktionen (Kündigung im Affekt), eine frühzeitige Neigung zum Zwangsdenken und auch zu Beziehungsgefühlen — kurz, es treten vor und während ihrer Erkrankung fast alle Formen psychopathischer Reaktionsweise gelegentlich, die charakterologisch fernerstehenden allerdings nur schwach, bei ihr hervor.

Auch die Entstehung ihres chronischen Beziehungswahns gehört in das Gebiet der psychopathischen Seelenstörungen, sofern sie als psychologische Reaktion auf ein Erlebnis erfolgt. Dieses Erlebnis: die Zuneigung, die ein junger Mitarbeiter in ihr auslöst, ist eine ganz normale psychologische Wirkung, nicht etwa selbst schon ein Bestandteil der beginnenden seelischen Erkrankung. Daß sich ein gemütvolles und anlehnungsbedürftiges Mädchen in einen jungen Mann verliebt, mit dem sie beständig zusammen arbeitet, ist an sich sehr natürlich; dieses Gefühl entsteht langsam und stufenweise, gar nicht als plötzliche Eingebung oder abrupte, unerklärliche Laune, und vor allem wird es sogleich von den verständigen, praktischen Erwägungen begleitet, die einem schon etwas gereifteren Mädchen in solchem Falle naheliegen. Auch die weitere Stufe: der harte Konflikt, in den ein lebhafter, durch tägliche persönliche Nähe genährter Instinkt mit den peinlich strengen, sittlich-religiösen Grundsätzen kommen mußte, die dem Mädchen von Jugend auf eigen waren, — auch diese Stufe war psychologisch zu erwarten. Es ist notwendig, sich dies alles von vornherein klarzumachen, wenn man unser Krankheitsbild als ein psychopathisch-reaktives mit Sicherheit erkennen und nicht Gefahr laufen will, formal inhaltgebende Erlebnisse mit pathogenen Erlebnissen zu verwechseln.

Das Erlebnis einer heftigen, heimlichen, aussichtslosen Liebe ist nun gewiß an sich schon geeignet, tiefste seelische Erregungen hervorzubringen und damit für Psychopathen zur Krankheitsursache zu werden. Und doch wie grundverschieden sind die krankhaften Reaktionen, die eine solche Liebe hervorruft. Sie wird sich bei der Primitiven in gefährlichen Torheiten oder explosiven Affektausbrüchen entladen, sie kann sich in einen hysterischen Dämmerzustand verkriechen, die Intrigantin wird sie in einem giftigen, anonymen Ränkespiel und die Querulantin in einem endlosen Verleumdungsprozeß ausleben, die Asthenische sie in einer müden Depression verwinden. Daran sehen wir, daß auch das Erlebnis selbst, das wir zum Beispiel „unglückliche Liebe" nennen, nach seiner subjektiven Erlebnisform für verschiedene psychopathische Persönlichkeiten ein grundverschiedenes ist. Unglückliche Liebe ist für das primitive Mädchen eine kurze, heftige Unlust und für das asthenische eine lange, schmerzliche Erschöpfung. Der Hysterischen wird sie zur halbbewußten inneren Dissonanz, der Intrigantin ist sie eine bos hafte Kränkung und der Querulantin ein himmelschreiendes Unrecht.

Was ist sie für die sensitive Persönlichkeit? Eine beschämende Niederlage. Erinnern wir uns einen Augenblick an die zwangsneurotische Försterstochter, bei der dasselbe äußere Erlebnis der heimlichen, aussichtslosen Liebe wie bei unserer Patientin ganz dieselbe subjektive Erlebnisform annahm: nach vergeblicher Anspannung aller Kräfte der Persönlichkeit ein innerlich nagendes

Gefühl der beschämenden Insuffizienz, der moralischen Niederlage, das nun mit zwingender Aufdringlichkeit unauslöschlich wiederkehrt. Kennzeichnend für die sensitive Erlebnisverarbeitung ist hier wie dort die absolute Verhaltung der Gemütsvorgänge gleich vom ersten Beginn an. Der heftige Liebesaffekt, der die Kette seelischer Verwicklungen einleitet, wird mit der diesen Naturen eigentümlichen Mischung von Stolz, Schüchternheit und moralischer Skrupulosität so völlig im Innern der Seele verschlossen, daß der Gegenstand der Liebe ohne eine Ahnung davon bleibt. Wir beobachten auch bei unserer Kranken, wie jener erste Affekt dadurch, daß er weder ausgelebt noch überwunden werden kann, immer mehr den Charakter peinlicher Unlust annimmt, wie die verhaltene Gemütsbewegung immer mehr wächst und schwillt und in schwerster intrapsychischer Affektspannung gipfelt. Die überwertige Vorstellungsgruppe der immer erneuten moralischen Niederlage gegen den erotischen Instinkt beherrscht tyrannisch das ganze Seelenleben und zieht alles, was zu ihrer Verstärkung dienen kann, auch das halbvergessene sexuelle Jugenderlebnis mit dem Onkel ans Licht. Es ist übrigens bezeichnend für die Beschränktheit der sensitiven Charakteranlage, daß auch dieses Erlebnis, wo gewiß dem Onkel die alleinige Schuld zukam, von dem Mädchen zum Gegenstand moralischer Selbstquälerei gemacht wird, ebenso wie es die Beschränktheit expansiver Charaktere ist, die Ursachen jedes Mißgeschicks außer sich zu suchen.

Jedenfalls sehen wir, daß die Erlebnisverarbeitung bei unserer Kranken bisher genau in der Art der zwangsneurotischen verlaufen ist, wie wir sie früher geschildert haben. Und in der Tat erfolgt nun auf der Höhe der Affektspannung die Inversion des primären Vorstellungsinhalts zum symbolisch anschaulichen Sekundärerlebnis. Die Vorstellung, ja die vermeintlich direkte Beobachtung, schwanger zu sein, drängt sich der Kranken unmittelbar auf; sie ist reflektorisch, ohne logische Vermittlung, ja im direkten Gegensatz zu dieser entstanden, als die anschauliche Ergänzungsvorstellung vermeintlicher sexueller Unmoral. Die hypochondrische Schwangerschaftsidee bewegt sich noch im Rahmen einer Zwangsvorstellung, sofern die Kranke sie als aufgedrängt empfindet, und sich immer wieder logisch, unter Berufung auf das Naturgesetz, die Unmöglichkeit ihrer Meinung selbst klarzumachen vermag. Oder soll man von einer Wahnvorstellung mit schwankendem Realitätsurteil reden, weil die Korrektur doch offenbar nicht immer sofort erfolgte? Ich würde das für einen Streit um Worte halten. Denn wir müßten dann geradezu die Zeitdauer festlegen, die eine krankhafte Vorstellung zu ihrer Korrektur brauchen darf, um noch als Zwangsvorstellung zu gelten, und über die hinaus sie als Wahnvorstellung bezeichnet würde. Wer gewöhnliche Zwangsneurotiker auf ihre seelischen Erlebnisse ausfragt, ohne sie gleich durch Suggestivfragen in das schulmäßige Schema hineinzulocken, der wird bemerken, daß die Korrektur der Zwangsidee keineswegs immer so momentan und so vollständig erfolgt, wie dies nach dem strengen Maßstab verlangt wird.

Nun bedarf es nur noch einer Taktlosigkeit der Tante des Mädchens, durch die die Kranke sich in ihrem peinlichen Geheimnis nach außen kompromittiert und verraten fühlt, um den Beziehungswahn vollständig hervortreten zu lassen. Er hatte sich schon vorher in der Vorstellung, einen sinn-

lichen Blick zu haben, der jedermann auffallen müsse, angedeutet. Nun schwindet die Kritik, die Kranke sieht, wie man sie forschend betrachtet, sie hört jedes Wort, das sie auf ihre vermeintliche Schlechtigkeit beziehen kann, heraus. Auch dieser Beziehungswahn stellt eine typische Inversion dar. Das Primärerlebnis der peinlichen Insuffizienz, der beschämenden Minderwertigkeit, des Verlustes der Selbstachtung schlägt reflektorisch in ein anschauliches Symbol, in die sinnliche Beobachtung um, von allen begegnenden Mitmenschen peinlich betrachtet, gestichelt und verachtet zu werden. Von der hypochondrischen Zwangsvorstellung der Schwangerschaft bis zum evidenten Beziehungswahn war für unsere Kranke nur noch ein kleiner Schritt; der letztere war ein naheliegendes psychologisches Korrelat der ersteren.

Und doch ist hier der Punkt, wo sich die Entwicklung unseres Krankheitsbildes von derjenigen einer schweren reaktiven Zwangsneurose scheidet, mit der sie bisher einen gemeinsamen Weg gegangen war. Ein Unterschied liegt ja schon darin, daß es jetzt zur Wahnbildung kommt, das heißt, daß das Realitätsurteil gegenüber dem invertierten, anschaulichen Sekundärerlebnis ein vorwiegend positives wird; doch werden wir dieses Merkmal des positiven Realitätsurteils nicht zu sehr unterstreichen dürfen, weil wir sehen werden, daß es im weiteren Verlauf der Krankheit starken Schwankungen unterworfen ist und sich später fast ganz verwischt. Tiefer führt uns ein nochmaliger Vergleich mit der Zwangsneurose der Försterstochter. Das Erlebnis und seine innerliche Verarbeitung bis zu dem Punkt, wo auch sie meinte, einen sinnlichen, verderbten Blick zu haben, sind bei ihr wie bei unserer Kranken photographisch ähnlich.

Die krankhafte Gedankenreihe aber, die sich nun von dieser Vorstellung aus bei den beiden Mädchen weiter entwickelt, ist wesentlich verschieden. Während die Försterstochter daraus die Zwangsvorstellung ableitet, daß sie mit ihrem gemeinen Blick ihre Mitmenschen nicht verletzen dürfe, entsteht bei Helene Renner das umgekehrte Gefühl, daß die Mitmenschen gegen sie selbst wegen dieses Blickes verletzend werden. Wie charakteristisch ist dieser Zug für den wesentlichen Unterschied zwischen der sonst eng verwandten zwangsneurotischen und beziehungsneurotischen Persönlichkeit. Während jene ganz die skrupulöse Blickrichtung nach innen, die asthenische Selbstverkleinerung beibehält, kehrt diese die Spitze ihres Affektes nun doch zum Teil nach außen, indem sie, bei allem Gefühl eigener Erniedrigung und Verschuldung, nun doch das Zuviel, die Härte und Ungerechtigkeit, die das Schicksal ihr tatsächlich zugefügt hat, in das Verhalten ihrer Nebenmenschen hineinlegt, gegen das sie sich mit erwachendem Ehrgefühl lebhaft und erregt zur Wehr setzt. Hier regt sich wieder der schärfere sthenische Einschlag und zeigt sich der tätigere Konnex mit der Umwelt, wie wir sie schon bei der Charakteranalyse gegenüber der zwangsneurotischen Anlage hervorhoben.

Die Krankheit hatte etwa 1906 begonnen. Sie bewegt sich die nächsten Jahre weiter in der Form eines ganz intensiven Beziehungswahns, der vor nichts haltmacht: Zeitung, Kirche, Straße, Geschäft, die mißverständlichsten wie die banalsten Redensarten — alles wird hineinverwoben. Dabei ist nun aber Verschiedenes charakteristisch, was zusammengenommen unser Krankheitsbild etwa

aus einer Serie von paraphrenen oder zirkulär-paranoiden Störungen sicher herauserkennen ließe. In der Blütezeit der Psychose, die sich etwa bis zum Jahr 1911 rechnen läßt, steht das auslösende Erlebnis und die unmittelbar damit zusammenhängenden Vorstellungsreihen der Unsittlichkeit, des sinnlichen Blicks, der Schwangerschaft, der kriminellen Verfolgung dauernd als beherrschender Faktor im Mittelpunkt des Wahnsystems und beweist auch damit die wesentliche Rolle, die ihm als Krankheitsursache zukommt. Die Psychose ist also straff um die pathogene Idee zentriert (dieser Ausdruck ist weniger mißverständlich, als die Wernickesche Bezeichnung „zirkumskript"). Damit steht im Zusammenhang, daß der Beziehungswahn mit fortdauernder, bis zu Verzweiflungsausbrüchen gesteigerter moralischer Selbstquälerei aufs engste Hand in Hand geht und so mit seiner Charakter- und Erlebnisgrundlage innig verwachsen bleibt.

Diesen psychologisch-reaktiven Charakter behält er auch in seiner Verlaufsform bei. Die Schwankungen sind recht erheblich und jedesmal durch äußere Einwirkungen bedingt. Sobald die schwache, bedrängte Seele von außen her entlastet wird, wenn z. B. die Kranke den Ort ihres Erlebnisses verläßt, oder wenn sie sich in eine ruhige, geschützte Umgebung flüchten kann, atmet sie sogleich auf, das Gemüt wird frei, der Beziehungswahn klingt ab; wenn aber umgekehrt unter dem Druck beruflicher Ermüdung die Seele ihre Widerstandskraft verliert, oder wenn das mimosenhaft feine Gemütsleben durch persönliche Unfreundlichkeiten, oder durch eine rauhe, lärmende Umgebung verletzt wird, besonders aber, wenn Erschöpfung und psychischer Insult zusammentreffen, da kommt es zu so bösen Exacerbationen, wie im Jahr 1911. Hier kommt der abnormen biologischen Erschöpfbarkeit des Nervensystems der Kranken eine wichtige Rolle zu, die sich in dem Durchklingen neurasthenischer Symptome durch das paranoische Zustandsbild widerspiegelt: das Denken fällt ihr schwer, sie wird unfähig zu rechnen, sie wird reizbar, schlaflos, wird von schwerer körperlicher Ermüdung, von Zittern und Ohnmachtsanwandlungen befallen, sobald die äußeren Erschöpfungsmomente ihren seelischen Zustand verschlimmern. Die paranoischen und neurasthenischen Störungen steigen und fallen miteinander; auch die Stimmung läuft gleichsinnig in derselben reaktiven Weise.

Besonders bezeichnend ist aber das Schwanken des Realitätsurteils durch den ganzen Verlauf der Psychose hindurch. Auch dieses erfolgt wiederum reaktiv, nach Art der Seelenstörungen der Psychopathen. Einerseits ist das Realitätsurteil gegenüber den Wahnvorstellungen abhängig von den reaktiven Besserungen und Verschlimmerungen des psychischen Gesamtzustandes; und zwar bis zu dem Grade, daß es zuweilen, wie im Sanatorium A., bei Tage bis zur fast völligen Krankheitseinsicht negativ, beim nächtlichen Anschwellen der Psychose wieder positiv wird. Andererseits ist es autoritativer Beeinflussung wohl zugänglich; die Kranke ist arztbedürftig, für beruhigenden Zuspruch zugänglich und kann nach einer gründlichen ärztlichen Aussprache ihre Beziehungsideen fast vollständig korrigieren, während sie, sich selbst überlassen, sich wieder bis zur vollen Überzeugung in sie einzuleben vermag. Das Krankheitsgefühl hat sie wohl überhaupt nie ganz verloren.

Im ganzen können wir das Verhalten des Realitätsurteils als Barometer für

die Intensität der Krankheit benutzen und danach den Krankheitsverlauf, den wir von 1906 bis 1917 überblicken, in zwei Perioden einteilen. Die erste Periode mit vorwiegendem Fehlen der Krankheitseinsicht reicht bis zu der akuten Psychose des Jahres 1911, die zweite mit dem Vorwiegen der klaren Kritik hat sich seither schon fünf Jahre erhalten. Nur das erste Stadium darf als eigentliche Geisteskrankheit bezeichnet werden. Es wächst wie gesagt aus einer Art Zwangsneurose heraus, bewegt sich die nächsten Jahre in starken reaktiven Schwankungen, sodann unter ungünstigen äußeren Verhältnissen in aufsteigender Linie, um zuletzt in einer schweren akuten Psychose von nur 8tägiger Dauer zu gipfeln. Während die Krankheit bis dahin, grob betrachtet, etwa nach dem Schema einer chronischen Paranoia verlief, ist dieser akute Zustand psychologisch so kompliziert, so reich an scheinbar fremdartigen und bedrohlichen seelischen Phänomenen, er führt aber andererseits so tief in das Verständnis der Grundlagen der Gesamtpsychose ein, daß er einer gesonderten Besprechung bedarf.

Hätte damals ein Arzt die Kranke beobachtet, ohne ihre Vorgeschichte näher zu kennen, so hätte er wohl eine schizophrene Geistesstörung in vollem Ausbruch geglaubt: sie meinte sich hypnotisiert, elektrisiert, durch Gesundbeter beeinflußt, alle Welt wußte ihre Gedanken, sie wurden von der Polizei mit einer Maschine aufgeschrieben; sie produzierte einmal eine phantastische Größenidee, alles kam ihr sonderbar und verändert vor, sie hatte massenhaft abrupte, sinnlose Einfälle, die sie zuweilen auf fremden, hypnotischen Einfluß zurückführte. Nun ist allerdings richtig, daß dieses Zustandsbild aus dem bis dahin einfachen paranoischen Verlauf der Krankheit scheinbar rätselhaft herausspringt: bisher ein festes assoziatives Gefüge, ein durchgehender logischer Zusammenhang, jetzt ein Zerreißen des Bandes, ein Auseinanderfallen, ein selbständiges, isoliertes Aufsteigen und Verschwinden phantastischer Einzelideen aus dem undurchsichtig gewordenen Grund der Seele. Man wird diesen Zustand ruhig als Dissoziation bezeichnen dürfen und sich dadurch nur um so klarer werden, daß diese eben kein ausschließliches Merkmal der schizophrenen Krankheitsprozesse, oder überhaupt destruktiver seelischer Vorgänge ist; auch das Auftauchen der Fremdheitsgefühle, die in der Vorstellung von Hypnose und Gedankenbeeinflussung so gesetzmäßig sich verkörpern, bedeutet ja doch nichts anderes, als den Versuch des noch erhaltengebliebenen zentrierten Persönlichkeitskerns, für das fremdartige, verwirrende, unfaßbare Halbdunkel, das im Innern der Seele entstanden ist, einen Ausdruck zu finden.

Daß die akute Psychose unserer Kranken mit einer Dementia praecox nichts zu tun hatte, braucht nach Entstehungsgeschichte und Endausgang an sich nicht bewiesen zu werden. Aber auch schon in den Äußerlichkeiten des Zustandsbildes selbst finden sich wichtige Züge, die den vorsichtigen Beobachter immerhin schon auf die Eigenart desselben hinweisen konnten. Bewegungen und sprachlicher Ausdruck bleiben vollkommen natürlich, die Gesellschaftsfähigkeit ist trotz der großen Affekthöhe erhalten, die Korrektion der krankhaften Ideen ist immer wieder eine erstaunlich weitgehende. Und dann muß es auch in dieser kurzen Phase teilweiser Verwirrung und Auflösung auffallen, wie trotz alledem Affekt und Gedankengänge um den einzigen, alten Mittelpunkt des pathogenen Erlebnisses kreisen, ja wie gerade

in diesen Tagen all die bitteren Erinnerungen, die nun seit Jahren das Gemüt des Mädchens vergifteten, die heiße Sehnsucht nach dem Geliebten, die sinnliche Erregung, schmerzliche Selbstverachtung und verzweifelte Gewissensangst mit neuer Gewalt aus der Tiefe des Herzens hervorgewühlt werden. Auch die zwingenden krankhaften Einfälle, die Vorstellung der Hypnose sind gar nicht immer so abrupt, wie sie auf den ersten Blick erscheinen, sondern stehen öfters in einem gewissen kombinatorischen Zusammenhang mit der überwertigen Idee, wie er im Krankenblatt an manchen Stellen angedeutet wurde.

Ein durchgehendes Verständnis für die akute Psychose werden wir gewinnen, sobald wir auf ihre Entstehungsweise zurückblicken. Sie ist hervorgewachsen aus der im Herbst 1910 begonnenen neuen Geschäftsperiode, die die Kranke zwang, nun auf einmal mit vermehrter Arbeitslast in lärmender Umgebung und vor allem in beständiger, quälender Berührung mit einer großen Menschenmenge zu arbeiten. Es liegt auf der Hand, wie gerade dieser letztere Umstand bei dem überempfindlichen Mädchen den kaum zur Ruhe gekommenen Beziehungswahn mit den daranhängenden schweren Affektmomenten wieder neu anfachen mußte. Und so sehen wir in der Tat gegen das Frühjahr 1911 unter der kombinierten Wirkung nervöser Übermüdung und gemütlicher Aufreibung einen mit gesteigerter Eigenbeziehung eng verbundenen Zustand schwerer Neurasthenie sich entwickeln. Die Geistesstörung, in die diese ohne scharfe Grenze übergeht, ist nichts anderes, als eine extreme Steigerung des Erschöpfungszustandes, so daß wir sie als akute sensitive Erschöpfungspsychose bezeichnen können.

In den anschaulichen Selbstschilderungen der Kranken kommen die Analogien mit schweren psychischen Übermüdungsfolgen des gewöhnlichen Lebens gut zum Ausdruck. Dies gilt in erster Linie vom Wahrnehmungsvorgang und Assozionsablauf. Wie im psychologischen Ermüdungsversuch kommt es zunächst zu einer einfachen Herabsetzung dieser Leistungen. Die Perzeption der Sinneseindrücke beginnt schon auf der Fahrt nach W. verschwommen und lückenhaft zu werden. Das Sprechen der Mitreisenden dringt nur noch „wie ein Lallen, unartikuliert, wie im Rausch" zum Bewußtsein der Kranken; einzelne Bruchstücke werden herausgefangen und bleiben dann mit einer nichtssagenden Deutlichkeit im Bewußtsein hängen (ein sehr charakteristisches Übermüdungssymptom), so daß die Kranke jetzt noch, nach Jahren, einzelne Stichworte der damals gehörten Eisenbahnunterhaltung wiedergeben kann. Von den paar einfachen Dingen, die die Kranke noch aufnimmt, kann sie die Erklärung nicht finden; die einfachsten Assoziationen gelingen nicht mehr; sie kann sich absolut nicht besinnen, weshalb die Bauern aus dem Sprechzimmer des Arztes herauskommen. Der Kopf ist dumm. Alles erscheint zugleich sonderbar und gleichgültig, wie es diesen Zuständen eigen ist, die aus halber Lähmung und dunkel empfundener Überreizung zusammenfließen.

Zu der einfachen assoziativen Schwäche tritt als nahe verwandtes Symptom die assoziative Irresistenz hinzu. Sie ist eine bekannte Begleiterscheinung starker physiologischer Müdigkeit: Eine Gassenmelodie kehrt innerlich bis zum Überdruß wieder, ein ärgerliches Erlebnis setzt sich fest und zieht jeden neu auftauchenden Gedanken in seinen Bannkreis, entlegene Vorstellungen müssen wegen eines banalen Reims, eines abgeschmackten Wortscherzes aufeinander be-

zogen werden. Bildlich ausgedrückt: Die Isolierungen und Schaltungen der assoziativen Leitungsbahnen werden in der Ermüdung undicht; unnötige Wiederholungen können nicht mehr gehemmt, minderwertige Seitenverbindungen nicht mehr unterdrückt werden. Dies alles finden wir gesteigert bei unserer Patientin: sie muß eine ganze Nacht durchbeten, ohne aufhören zu können, dieselben häßlichen Gedanken wiederholen sich immerfort mit aufdringlicher Deutlichkeit.

Hierher gehört insbesondere der Zwang, zu jeder aufgenommenen Beobachtung eine Analogievorstellung bilden zu müssen. Dieser Zwang kommt nicht nur in dem exzessiven Grad des Beziehungswahns zum Vorschein, für den schon das Sehen eines bayrischen Königsbilds genügt, um eine magische Rettung zu erhoffen, oder der Ausdruck „graue Kappen", um an das Zuchthaus zu denken; er spielt vielmehr die Rolle einer selbständigen Störung, sofern auch scheinbar ganz banale, affekt- und beziehungslose Wahrnehmungen diesen Analogiezwang auslösen, wie etwa das Auslegen von Bettstücken am Fenster. Damit soll nicht gesagt sein, daß diese scheinbar unzusammenhängenden Vorstellungen nicht ihre tiefere, affektive Erlebniswurzel haben könnten. Sie war aber nicht mehr aufzufinden, wenn man nicht zu Deutungskünsten greifen wollte. Mit der Lektüre aufgenommene religiöse Gedankenreihen müssen bis in die abgeschmacktesten Äußerlichkeiten des Alltagslebens hinaus symbolisch abgewandelt werden, die Wasserspülung wird zum Brunnen der Gnade, und die Schürze zum Zeichen der Demut. Kinder bilden vor dem Einschlafen in spielerischer Weise oft ganz ähnliche Assoziationen. Apathisch zwangsmäßige Spielereien, wie mit dem Thermometer oder den Entchen, haben ihre bekannten Analogien zum Beispiel in den Fließblattzeichnungen, wie sie in ermüdenden und zugleich inhaltlich unbefriedigenden Sitzungen besonders dann entstehen, wenn gespannte Affekte (Examensangst, ärgerliche Ungeduld) hinter der assoziativen Leere eine Ablenkung suchen. Dieselbe Kombination von Gedankenverödung, Übermüdung und überreiztem Affekt ist bei unserer Patientin in diesen Tagen ins Krankhafte gesteigert.

Symptome perzeptiver Überreiztheit bilden ebenso das Gegenstück zur Erschöpfungsschwäche im Gebiet des Wahrnehmungsvorganges, wie Überproduktion minderwertiger Gedankenverbindungen als Korrelat der einfachen assoziativen Insuffizienz des ermüdeten Gehirns aufgefaßt werden muß. So bekommen bei unserer Kranken die Gedanken zeitweise fast die Deutlichkeit sinnlicher Wahrnehmung, so daß sie nicht mehr weiß, ob sie denkt oder spricht. Schreckträume von großer Lebendigkeit und phantastisch illusionäre Erlebnisse im Halbschlaf gewinnen eine übermäßige Bedeutung; auch hier ist wieder das reaktive Moment, der Einfluß aufregender Lektüre erkennbar. Bei den vereinzelten Illusionen im wachen Zustand, wie etwa der Umdeutung der Tierstimmen auf der Bahnfahrt, ist perzeptive Schwäche und Überreiztheit in engem Zusammenwirken beteiligt. Daß diese Sinnestäuschungen unserer Kranken alle noch im neurasthenischen Gebiet ihre abgeschwächten Analogien haben und nirgends bis zur Halluzination im engen Sinn des Worts gehen, ist immerhin von Wichtigkeit. Lehrt ja schon die alltägliche Erfahrung, wie klein in starken Ermüdungszuständen der Schritt von der einfachen sensorischen Überempfindlichkeit zur phantastischen Verkennung ist (einsame Nachtwanderungen, Rädergeräusch bei langen Eisenbahnfahrten). Die einfache Überempfindlichkeit gegen

Sinneseindrücke war bei unserer Patientin schon lange vor der akuten Krankheitsepisode hervorgetreten.

Besonders charakteristisch wird das Zustandsbild durch die Eigentümlichkeiten der Affektlage abgerundet. Es herrscht ein Grundton dämmerhafter Apathie, der von der alten Angst und Verzweiflung immer wieder zeitweise durchbrochen wird, oder sich in unheimlichen Schwebungen mit diesen vermischt. Die Kranke liegt willenlos auf ihrem Zimmer; der Geliebte wird vielleicht kommen, aber sie kann sich nicht freuen; man wird sie ins Gefängnis abholen, oder sie muß sterben, das ist alles so klar und selbstverständlich; jeder Ton, jede Silbe regt sie auf, greift sie an und ist ihr doch im Grund ganz gleichgültig; sie ist nicht mehr müde, es hat überhaupt nichts Interesse mehr, sie ist dumm und leblos, alles ist eins. Sie ist ja ganz vernünftig, nur um sie her die Leute sind so sonderbar. Durch diese Lethargie dringt ein Unterton dumpfen Unbehagens hindurch, ein Gefühl von Gewitterschwüle, von bangem Druck, von schwerem, drohendem Unheil. Und unter den phantastisch erregenden Einflüssen der nächtlichen Einsamkeit kommen dann die gelähmten Affekte wieder frei an die Oberfläche: die Kranke verriegelt die Tür, sie betet verzweifelt, sie macht sich fertig zu gehen, sie zittert vor Angst. Solche Seelenzustände, wo erregte Affekte in apathische Abspannung versinken, bis die dumpfe Lähmung sich wieder in neuen agitierten Erregungen Luft macht, solche Gipfel- und Endzustände schwerer gemütlicher Erschütterungsperioden sind mit Hinblick auf das gesunde Seelenleben von guten Schriftstellern häufig gezeichnet worden. Sie bezeichnen den endlichen Aufbrauch der nervösen Energie infolge ruhelos fortgesetzter Aufwühlung aller Fasern des Gemüts durch schwere seelische Konflikte. Sie können also als ein Affekterschöpfungssymptom aufgefaßt werden.

Dieses stumpfe Erlahmen der Affekte, dieses mit verstimmten Schmerznachklängen durchsetzte Gefühl der Fremdheit und Leere hat ein so scharfer Selbstbeobachter wie Friedrich Hebbel in den bekannten Versen geschildert:

„Alle Wunden hören auf zu bluten,
Alle Schmerzen hören auf zu brennen,
Doch, entkrochen seines Jammers Fluten,
Kann der Mensch sich selbst nicht mehr erkennen,
Mund und Augen sind ihm zugefroren,
Selbst des Abgrunds Tiefe ist vergessen
Und ihm ist, als hätt' er nichts verloren,
Aber auch, als hätt' er nichts besessen.

Ja ein Weh gibt's, das man nicht ertrüge,
Wenn es nicht sein eignes Maß zerbräche,
Und, wie einer abgeschmackten Lüge
Der Erinn'rung selber widerspräche;
Dann vergessend in der innern Öde,
Daß einst frisch das Herz geschlagen habe,
Ist ein Mensch der Nessel gleich, die schnöde
Wuchert über seinem eig'nen Grabe."

Wenn wir die eben besprochene Krankheitsphase oben als akute sensitive Erschöpfungspsychose bezeichnet haben, so ist inzwischen klar geworden, daß wir hierbei den Ausdruck Erschöpfung im weiten Sinne des Wortes, also mit Einschluß des affektiven Faktors begreifen. Ist es doch bekannt, daß

Ermüdungseinflüsse hauptsächlich dort pathogen werden, wo starke geistige Arbeitsleistung sich unter starker Affektspannung (Ärger, Sorge, Verantwortungsgefühl) vollzieht; ja man kann beobachten, daß ein Übermaß einfacher Arbeit viel eher sich eine zeitlang ohne Symptome nervöser Konsumption ertragen läßt, als ein Übermaß gespannter Affekte. In diesem Sinne der Kombination von Arbeitsermüdung mit affektiver Aufreibung nennen wir die dadurch entstandene Psychose eine Erschöpfungspsychose, die sich von einer hysterischen Affektverarbeitung durch die biologische Gesetzmäßigkeit ihrer Symptome im Sinne experimenteller Ermüdungswirkungen und durch das Fehlen jeder deutlichen Ausweichung in Bewußtseins- und Motilitätsstörungen grundsätzlich unterscheidet. Als wesentliche Eigentümlichkeiten der Psychose haben wir erkannt einen mit teilweisen Reizsymptomen durchsetzten Zustand schwerer affektiver, assoziativer und perzeptiver Abspannung und Insuffizienz, der einzelne schizophrenieartig gelockerte Vorstellungselemente aus sich hervorwachsen läßt. Diesen Symptomkomplex beziehen wir auf die nervöse Erschöpfung. Er ist durchzogen von einem exzessiven Beziehungswahn und beherrscht von dem überwertigen Erlebnis und dem daraus entspringenden Gemütshintergrund. Den Ursprung dieser zweiten Komponente haben wir schon früher in dem Mechanismus der Verhaltung erkannt; der Unterschied dieses Teils des Zustandsbildes von der vorausgegangenen, chronisch paranoischen Phase ist nur ein quantitativer. Mit den beiden Gesichtspunkten der Verhaltung und der Erschöpfung haben wir sozusagen die beiden roten Fäden in der Hand, die uns auch durch die überraschenden Wendungen des Krankheitsverlaufs sicher hindurchführen; ihre Zuverlässigkeit ist durch ihren tiefen Ursprung aus der Konstitution der Kranken gewährleistet, wie er von früher Kindheit an durch das ganze Leben hindurch erkennbar ist.

Mit der Übersiedelung der Kranken in eine geschützte Umgebung, durch Aufnahme in die Klinik am 27. Juni 1911, schwinden rasch die schweren Erscheinungen. Nicht nur das Stadium der akuten sensitiven Erschöpfungspsychose ist damit dauernd überwunden, sondern auch die lange paranoische Periode des sensitiven Beziehungswahns kann damit in der Hauptsache als abgeschlossen gelten. Während man den Krankheitsverlauf in den vorausgegangenen Jahren als Psychose mit vorübergehenden Remissionen ins Neurotische bezeichnen kann, wird man von jetzt ab am richtigsten von einer Beziehungsneurose mit vorübergehenden Exacerbationen ins Psychotische sprechen. Das überwertige Erlebnis — hierin liegt der springende Punkt — mit seiner schweren Affektbeladenheit und den an ihm hängenden Wahnvorstellungen beginnt nun für die Kranke seine Aktualität zu verlieren; es rückt in die Vergangenheit, die Kranke hat innerlich mit ihm abgeschlossen. Wohl sind nicht alle wahnhaften Einzelheiten korrigiert, wohl schwankt bei manchen Erinnerungen ihr Urteil über deren Wirklichkeit, aber das Gemüt ist nicht mehr daran beteiligt, es sind theoretische Fragen, über die man so oder so urteilen kann, höchstenfalls sind sie „dummes Zeug", das man nicht mehr aufrühren sollte. Im ganzen weiß die Kranke bestimmt, daß die abgelaufene Periode eine Geisteskrankheit war, und sie ist sich mit Besorgnis darüber klar, wie nahe sie auch jetzt noch an dieser Grenze wandelt.

Was von den Resten ihrer psychotischen Vorstellungs- und Gefühlswelt jetzt

noch Bedeutung für sie besitzt, und was sie unter den störenden Einflüssen des Alltags neu dazu produziert, das steht in seinem psychologischen Charakter hinsichtlich des Realitätsurteils auf der Grenze zwischen Zwangsvorstellung und flüchtiger, korrigierbarer Wahnidee, so wie wir es schon im Anfangsstadium der Psychose bemerken konnten. Nichts ist bezeichnender für die innige Verwandtschaft von Wahn und Zwang in unserem Krankheitsbild, als die Tatsache, daß die alte Idee, ins Gefängnis zu kommen, die zur Blütezeit der Psychose eine der wichtigsten Wahnvorstellungen gebildet hatte, nun nach dem Abflauen derselben periodisch als typische Zwangsvorstellung wiederkehrt. Es handelt sich hier um einen einfachen Gradunterschied, dessen drei Stufen wir gut beobachten können: bei relativ ruhiger seelischer Verfassung verschwindet die Idee überhaupt; die leichte psychische Verstimmung, die mit der Menstruation verbunden ist, genügt regelmäßig, um sie als Zwangsvorstellung wieder aufsteigen zu lassen, während sie zur Zeit der schweren gemütlichen Erregungen die Rolle einer eigentlichen Wahnvorstellung gespielt hatte.

So hat sich auch die Meinung, einen sinnlichen Blick zu haben, jetzt vom Grad wahnhafter Überzeugung mehr zu einem zeitweise zwingenden Gefühl zurückgebildet. Diese Vorstellung bildet vor allem noch das Bindeglied zwischen der jetzigen Gefühlswelt der Kranken und derjenigen in der Zeit der chronischen Psychose. Im übrigen ist sie durch verwandte Gefühlsmeinungen in den Hintergrund gedrängt. Diese jetzt dominierenden Gefühle sind mehr allgemein asthenischen Inhalts, ohne direkten Zusammenhang mit der überwertigen Idee: das Gefühl nervös-seelischer Insuffizienz und Schwäche, von ängstlicher Befangenheit und Mutlosigkeit, von „schlechtem Gewissen", die Sorge, nicht mehr gesund zu werden, die Befürchtung, für unnütz und lästig zu gelten, nur mit leiser Mißachtung geduldet zu sein, die Berufsleistungen nicht mehr zur Zufriedenheit auszuüben. Man wird zugeben müssen, daß dieser Komplex von Gefühlen und Meinungen, der die Kranke jetzt vorzugsweise beschäftigt, nicht wahnhafte Einbildung ist, sondern in ihrem Befinden seinen realen Kern hat. Ihr Nervensystem ist tatsächlich in all den Jahren, wo sie im Schutz der Klinik und ihrer Ärzte lebte, ein sehr schwaches und schonungsbedürftiges geblieben, sie hat beim besten Willen zunächst immer nur beschränkt und in Pausen arbeiten können, sie ist bei ihrer affektiven Labilität auf viel geduldige Nachsicht bei ihrer Umgebung angewiesen gewesen. Jeder arbeitsgewohnte Mensch, der längere Zeit zu solcher Ohnmacht und Abhängigkeit verdammt ist, wird dadurch zu denselben mutlosen Gedankengängen, zu derselben Überempfindlichkeit und dem bereiten Argwohn neigen, seinen Wohltätern lästig zu sein. Die Tatsache, daß die Patientin mit diesen Gefühlen auf ihre Lage reagiert, ist nicht ein Zeichen geistiger Krankheit, sondern zeigt vielmehr gerade, wie durchaus intakt ihre Intelligenz und ihr feinfühliges Gemütsleben, kurz ihre ganze Persönlichkeit, aus der Psychose hervorgegangen sind.

Krankhaft — im neurotischen Sinn — ist nur der Grad und die Häufigkeit, mit der sie diesen Gefühlen erliegt. Diese Neurose bekommt ihren spezifischen Charakter durch die Neigung zu flüchtig geknüpften und rasch wieder aufgegebenen Eigenbeziehungen, in denen diese Gefühle zum Ausdruck kommen. Deshalb sprachen wir von Beziehungsneurose. Es ist bei Gelegenheit zu vorübergehenden, reaktiven Steigerungen dieses Zustandes, wie im Frühjahr

1914, gekommen, die aber nach Beseitigung der Ursache rasch verschwanden; eine einigermaßen solide, zusammenhängende Wahnbildung ist nicht mehr aufgetreten.

Zusammenfassend kann man sagen, daß das psychische Bild, das die Kranke in den letzten fünf Jahren geboten hat, in allen wesentlichen Zügen dem entspricht, was wir als ihre angeborene psychopathische Konstitution bei Betrachtung ihrer Jugendgeschichte kennengelernt haben; nur daß diese Hauptzüge jetzt gesteigert und vertieft erscheinen. Neurasthenische Allgemeinsymptome, leichteste Erschöpfbarkeit durch Arbeit und Affekt, gemütliche Weichheit und Labilität, ethische Überspannung, eine von unsicherer Schwäche und lebhaftem Ehrgefühl beeinflußte Überempfindlichkeit im täglichen Verkehr und eine daraus entsprungene beständige Neigung zu flüchtigen Beziehungsvorstellungen — das sind die wesentlichen Charakteristika der Beziehungsneurose unserer Kranken, wie auch die Neigung zu Zwangsvorstellungen und assoziativer Irresistenz (Abgleiten der Gedanken) dauernd sich erhalten hat. Dabei ist sie das gutherzige, feinfühlige und anlehnungsbedürftige Mädchen geblieben, das sie immer gewesen ist.

Wir haben die seelischen Wandlungen, die mit der Patientin seit ihrer Jugend vorgegangen sind, durch vier verschiedene Stufen hindurch verfolgt: Das erste Stadium der konstitutionellen Psychopathie im Sinne der sensitiven Charakteranlage mit seinen kleineren Schwankungen ließ den sensitiven Beziehungswahn als chronisch-paranoisches Stadium aus sich hervorgehen, der sich in einer akuten sensitiven Erschöpfungspsychose zu teilweiser Dissoziation steigerte, um zuletzt in den Zustand einer chronischen Beziehungsneurose abzuklingen. Die beiden mittleren Abschnitte stehen unter der Herrschaft eines überwertigen Erlebnisses im Sinne der beschämenden Insuffizienz, während das Stadium der Beziehungsneurose als eine Art unvollständige Heilung sich dem konstitutionellen Grundzustand wieder annähert. Es war zu erkennen, daß alle wesentlichen Schwankungen des seelischen Verhaltens reaktiv durch Wechselwirkung mit den äußeren Einflüssen des Lebens erfolgten, und daß Verhaltung und Erschöpfung — die eine als psychologische, die andere als biologische Komponente, die wesentlichen Ursachen der großen, krankhaften Veränderungen gewesen sind, wobei die Verhaltung als Hauptfaktor großenteils sekundär die Erschöpfung bedingte. So läßt sich nach dem bisherigen Verlauf vermuten, daß auch das weitere Schicksal der Kranken in den Reaktionen ihres psychopathischen Charakters auf die äußeren Zufälle des Lebens beschlossen sein wird, auf Zufälle, die doch zu Gesetzmäßigkeiten werden, sobald sie als Erlebnis von ihr aufgenommen sind.

Fall 5. Anna Feldweg, geboren 1. April 1865, ledig. Der Vater war Lehrer, sei ein sehr gesunder und heiterer Mann und tüchtig in seinem Beruf gewesen, gegen seine Kinder streng und nicht eigentlich herzlich. Die Mutter war von Kind auf schwermütig veranlagt, still, zurückgezogen, nervös, von sehr weichem Gemüt, eigensinnig, aber gut geartet. Sie war in der zweiten Hälfte ihres Lebens etwa 25 Jahre lang dauernd schwermütig, mit wiederholten Steigerungen zu Selbstmord- und Verfolgungsideen, Sinnestäuschungen und religiösen Skrupeln, die

zweimal kürzeren Anstaltsaufenthalt nötig machten. Sie starb ungeheilt ohne Abnahme des Verstandes in hohem Alter. Das ganze Elternhaus war sehr fromm. Zwei Schwestern der Mutter litten an depressiven Geisteskrankheiten, mehrere Geschwisterkinder der Mutter waren melancholisch, von denen eins sich erhängte, zwei ihrer Nichten seien unheilbar geisteskrank. Von den zehn Geschwistern der Patientin befindet sich ein Bruder nach wechselvollen Schicksalen in einer australischen Irrenanstalt, die übrigen sind, soweit sie noch leben, gesund.

Über die Kranke selbst sagen ihre ledigen Schwestern, mit denen sie bis zuletzt in ihrem Heimatstädtchen zusammenlebte, sie habe von Natur ein schweres Gemüt, sei treu und fleißig, eigensinnig strebsam, gegen ihre Umgebung meist zurückhaltend und sehr religiös gewesen. Sie erzählt selbst hierüber noch genauer (die eigene Schilderung ihrer Entwicklung stimmt in den wesentlichen Punkten mit der ihrer Schwestern überein), daß ihre Veranlagung von Hause aus keine eigentlich schwermütige sei, vielmehr „himmelhoch jauchzend, zu Tode betrübt", allerdings mit stärkerem Ansprechen auf niederdrückende Ereignisse. Mit zunehmendem Lebensalter habe dann die ernste Seite ihres Wesens immer mehr die Oberhand gewonnen. Ihre zeitweise schwermütige Gedankenrichtung erklärt sie aus den äußeren Verhältnissen. Zuerst mit 13 Jahren machte sie eine langwierige Drüsenerkrankung durch, die sie körperlich entstellte und ihre Hoffnung, Lehrerin werden zu können, durch die lange Unterbrechung des Schulbesuchs vereitelte; beides schmerzte sie tief, und zugleich entzog sie die Krankheit auf Monate und Jahre dem Verkehr mit ihresgleichen. Dazu kam das Zusammenleben mit der geisteskranken Mutter, das auf der ganzen Familie lastete. Als in kurzem Zeitraum der Tod der Mutter und einer Schwester und ein Zerwürfnis mit einem Schwager zusammentrafen, im 40. Lebensjahr der Patientin, verfiel sie erstmals in direktem Anschluß an den plötzlichen Schlaganfall dieser Schwester, der sie sehr erschütterte, in einen Zustand schwermütiger Seelenstimmung, der in den ersten 14 Tagen mit „Nervenkrämpfen" einherging, und von dem sie sich nur langsam erholte. Sie sei damals nicht geistesgestört gewesen; die Gedanken waren klar, aber sie konnte sie nicht aussprechen, konnte nicht weinen, alles sei ihr auf die Nerven gefallen; das habe fast ein Jahr gedauert.

Dagegen hatte sie sich als Kind recht freuen können, sich zum Teil leidenschaftlich an lustigen Spielen beteiligt. Auch später, als sie das Nähen erlernt hatte und ihre Arbeit Abnahme und Anerkennung fand, fühlte sie sich oft wirklich zufrieden, gehoben und heiter. Ihr ausgeprägtes Selbstbewußtsein machte sie schon früh zu einer ehrgeizigen Schülerin; sie war stets eine der Ersten in der Klasse, lernbegierig im Gedanken an eine spätere höhere Berufstätigkeit, und im Verkehr mit Freundinnen, dem sie an sich nicht abgeneigt war, ein wenig stolz und reserviert; dabei äußerlich sanft und so scheu und ängstlich, daß sie, wenn sie zur Schule zu spät kam, sich vor die Tür setzte und wartete, bis jemand kam, sie zu holen, weil sie allein nicht wagte, das Zimmer zu betreten. So war sie auch gegen Fremde stets schüchtern und befangen. Selten zog sie sich eine Strafe zu, dann war sie aber jedesmal aufs empfindlichste in ihrem Ehrgefühl verletzt; jedem Tadel folgte eine langdauernde Niedergeschlagenheit und Verstimmung, sie konnte sich nicht davon losmachen, mußte sich selbst bis ins einzelne prüfen, ob sie ihn verdient hätte.

Als sie der Schule entwachsen war, wollte sie gern als Zimmermädchen von Hause fort — als Fräulein fürchtete sie zu wenig gebildet zu sein —, doch wollte sie ihre Mutter wegen ihres entstellten Gesichtes nie zu fremden Leuten lassen. So erlernte sie zu Hause das Kleidernähen und lebte in fleißiger Ausübung dieses Berufs durch viele Jahre ungestört in ihrem Heimatort, nach dem Tod der Eltern zusammen mit ihren beiden unverheirateten Schwestern in engem Kreis, in großer Frömmigkeit, indem sie ihre freie Zeit auf christliche Vereinsarbeit verwendete.

Ihre ältere Schwester erzählte uns hierüber weiter: In ihrem 46. Lebensjahr begann die Patientin wieder gemütlich gedrückt zu werden, und zwar beschäftigten sich ihre Gedanken, wie sich bald herausstellte, mit einem Oberlehrer K., einem verheirateten Mann, der der Sonntagsschule vorstand, an welcher sie selbst tätig war. Die seelische Störung trat zuerst bei einem Sonntagsschulausflug zutage, bei dem K. der Patientin, wie sie meinte, Vorwürfe gemacht habe. Darüber wurde sie so aufgeregt, daß sie wieder, wie beim Tod der Schwester, in Krämpfe verfiel und sich erst auf Arzneiverordnung des Hausarztes etwas beruhigte. Auf der einen Seite behauptete nun die Kranke, gar keine Neigung zu dem Oberlehrer zu haben, während sich tatsächlich ihr ganzes Denken und Sinnen nur mit ihm beschäftigte. Sie suchte immer wieder Begegnung mit ihm, sie weinte tagelang um ihn und habe ihm auch geschrieben. Die Schwestern hatten $2^1/_2$ Jahre lang unter diesem Zustand viel zu leiden. Man hielt sie von der Sonntagsschule fern und versuchte alles mögliche umsonst. Ein sechswöchiger Sanatoriumsaufenthalt ließ nach anfänglicher entschiedener Besserung alles beim alten. Ihre Gedanken bewegten sich im Kreis nur um die Liebesgeschichte, erzählt die Schwester, sie irrte ruhelos umher, schlich zuweilen fort und kam spät zurück, konnte nichts mehr arbeiten, stand nachts auf, schlief wenig, sprach von Selbstmord und begann Haß gegen ihre Schwestern zu hegen. Im übrigen verhielt sie sich vollkommen geordnet.

Sie selbst schilderte während ihres Aufenthalts in der Nervenklinik in Tübingen, wohin sie am 15. September 1913 gebracht worden war, die Entstehung ihrer Krankheit im einzelnen, wobei sie zunächst bei Erwähnung des Oberlehrers mit Lebhaftigkeit bestritt, jemals eine ernstliche Neigung zu ihm gefaßt zu haben. Bei vorsichtiger Unterhaltung erzählte sie aber später von sich aus, daß sie ihn jahrelang vor dem eigentlichen Krankheitsausbruch in seiner Begabung, seinem Charakter und seiner Frömmigkeit sehr verehrt und hochgeschätzt und in ihrer Zuneigung für ihn, wie sie sich ausdrückt, innerlich die rechten Grenzen lange Zeit überschritten habe, wobei sie mit ihren streng religiösen Anschauungen schwer und vielfach gegen solche Gedanken ankämpfte. Schon in diesen vorausgehenden Jahren habe sie oft den Eindruck gehabt, als merke K. ihre Gefühle für ihn und lasse sie das durch gelegentliche barsche Behandlung erkennen.

Auf den oben berührten Sonntagsschulausflug nun, zu einer Lehrerkonferenz in G. im Jahre 1910, sei sie von vornherein nur mit innerem Widerstreben und nur auf wiederholtes Zureden des Herrn K. mitgegangen, weil sie wußte, daß ein freisinniger Geistlicher dort reden werde; derartiges pflegte sie gemütlich stark anzugreifen. Es kam auch wirklich zu einer Debatte zwischen dem Geistlichen und K., der in ihrem Sinne den gläubigen Standpunkt vertrat. Abends auf dem Heimweg ging sie mit dem Oberlehrer, und anknüpfend an die Gegenstände des Tages

sprachen sie über einen Pfarrer B., der mit einer anderen Frau zusammenlebe, während seine Ehefrau in China sei. Sie verurteilte dies scharf, worauf er erwiderte: „Ja, Fräulein F., das ist eine furchtbare Sünde, damit hat ein jeder zu kämpfen." Damit wollte er sagen: Du bist auch so eine. Aus dieser Bemerkung des Oberlehrers heraus, erzählte sie später, sei ihre Krankheit entstanden. Von dieser Zeit an zog sie sich zurück, denn sie meinte, er gebe ihr zu verstehen, sie wolle Ähnliches mit ihm machen und habe es auf ihn abgesehen.

Doch wurde sie nach einiger Zeit wieder unschlüssig, prüfte sich selbst und dachte zuletzt: „Eine Jungfrau sorgt, was dem Herrn angehört." Damit habe sie sich vollständig beruhigt, und auf der Heimfahrt von der nächsten Konferenz — einige Monate später — sei sie wieder neben ihn zu sitzen gekommen, weil beide mit ihrer größeren Erfahrung und Erkenntnis sich besser als andere über die geistlichen Dinge hätten unterhalten können. Auf der Konferenz selbst hatte sie versucht, sich ihm fernzuhalten. Als sie mit ihm von der Bahn nach Hause ging, sagte er zu ihr: „Nicht wahr, Fräulein F., Sie gehen diesen Weg?" Einen anderen als ich, meinte er damit. Nach dieser Rede habe sie sich ihm gegenüber nicht mehr rein gefühlt und wieder seinen früheren Verdacht gemerkt. Sie ging also einen anderen Weg und verließ in der nächsten Zeit womöglich überhaupt nicht mehr das Haus, ließ sich alles durch andere besorgen, hielt sich fern von allen Lehrern und „hatte immer Mißtrauen in sich". Doch gewann sie es nicht über sich, dauernd der Sonntagsschule fernzubleiben, obgleich sie immer einen Weg gesucht habe, daraus wegzukommen. Herr K. habe sie bei gelegentlichen, kleinen Meinungsverschiedenheiten hinsichtlich des Sonntagsschuldienstes so schlecht behandelt, daß sie am Weihnachtsabend einen Nervenschock in der Kirche bekommen habe. An anderen Sonntagen habe er sie wieder auffallend gelobt; auch dies habe sie dann innerlich verarbeitet und beschlossen, gegen ihn kurz angebunden zu sein und ihm zu zeigen, daß sie nichts von ihm wolle. Aber dann kam es ihr und hieß es in ihrem Innern: „Du hast dem Mann unrecht getan und bist doch die Person, für die man dich hält."

Bei der Schlußansprache vor den Frühjahrsferien (1911) habe sie alles, was gesprochen wurde, auf sich beziehen müssen. Die Nacht darauf konnte sie nicht schlafen, und am anderen Morgen schrieb sie dem Oberlehrer einen Brief des Inhalts, sie sei tatsächlich die Person, für die er sie halte. Dabei hatte sie das Gefühl, es drehe sich etwas in ihr herum, und in den nächsten Tagen habe sie wahre Höllenqualen ausgestanden. Er suchte sie kurz darauf in ihrer Wohnung auf und suchte sie zu beruhigen, worauf sie ihm immer wieder entgegnet habe, sie sei doch die Person. Darauf habe er sie gleichsam von sich gestoßen und habe die Sache in der Sonntagsschule durch die Blume bekanntgegeben. Es habe auf ihr gelastet, daß er sie mit Verachtung strafe, doch sei sie „der Sonntagsschule zulieb" als Lehrerin geblieben. Ihre Schwestern, denen sie sich kurz nachher eröffnete, behandelten sie als Schuldige und redeten ihr eifrig zu, sie sollte sich unter ihre Schuld beugen, sollte es Gott klagen, man wollte nicht wissen, was sie getan hätte.

So sei das Bewußtsein ihrer Unschuld immer mehr geschwunden, und sie habe immer sicherer gemeint, daß man sie für eine schlechte Person halte. Auch bemerkte sie, daß die Frau des Oberlehrers zur Seite schaute, wenn sie ihr auf der Straße begegnete. Einer von dessen Freunden verhielt sich ebenso und machte

zu einer anderen Lehrerin in ihrer Gegenwart die merkwürdige Bemerkung: „Wir sind gestandene[1]) Leute", was deutlich auf die Patientin gemünzt war. Schließlich glaubte sie, die ganze Sonntagsschule, ja die ganze Stadt, wüßten um ihre Sache; sie sei deshalb nur mit großer Angst und meist gar nicht mehr ausgegangen. Innerlich sei sie von den großen Kämpfen Tag und Nacht nicht losgekommen. Sie habe stundenlang weinen müssen, wenn sie nur eine Sonntagsschullehrerin sah. Auch im Sanatorium habe sie kein Gottvertrauen mehr, dagegen immer das Gefühl gehabt, daß man sie als schuldig behandle. Als sie nach 6 Wochen wieder nach Hause kam, habe sie gleich bemerkt, daß manche Leute sie nicht grüßen, daß die anderen Lehrerinnen sie nicht besuchen. Sie steigerte sich bis zu Selbstmordgedanken; dagegen will sie von einem Haß gegen ihre Schwestern nichts wissen; in diesem Zustand sei sie ganz auf sich gerichtet, da könne sie weder lieben noch hassen. Sie sei jetzt so weit, daß, wenn die Sonntagsschullehrer kommen und ihr sagen, sie glaubten niemals Ähnliches von ihr, so könne sie sich nicht überzeugen. Und doch wolle sie ihre Rechtfertigung und könne nicht zugeben, jemals wirklich sündhafte Gedanken gehegt zu haben.

So erzählte die Kranke bei ihrer Aufnahme in die Klinik, nachdem sie einmal Mut gefaßt hatte, ohne Hemmung, freundlich, mitteilsam, zutraulich und fühlte sich nach der Aussprache sichtlich erleichtert und beruhigt. Der aufnehmende Arzt schrieb damals (1913) über sie: „Sie hat offenbar nie unter Sinnestäuschungen zu leiden, ist völlig besonnen, orientiert und macht den Eindruck eines höchst harmlosen, aber äußerst gewissenhaften und pedantischen Fräuleins. Ihr Benehmen ist ganz natürlich und ihr Gedankengang abgesehen von der einen Wahnidee geordnet." Die Kranke gewöhnte sich sehr gut in der Klinik an und zeigte den Ärzten gegenüber volles Vertrauen. 5 Tage nach ihrer Aufnahme antwortete sie auf den Vorschlag einer ärztlichen Anfrage an Herrn K. mit wiederholten kleinen hysterischen Anfällen, wobei sie sich im Bett aufbäumte, erregt atmete und auf Fragen mit leiser Stimme Antwort gab; derartige Anfälle wiederholten sich späterhin mehrmals, wenn die Rede auf den Oberlehrer gebracht wurde, wie sie denn Gespräche hierüber jedesmal sichtlich angriffen. Auch die körperliche Untersuchung, die im übrigen nichts von Belang ergab, löste sofort einige Zuckungen aus.

In der ersten Zeit zeigte die Kranke ein starkes Bedürfnis nach Aussprache und ärztlichem Zuspruch. Sie betonte, wie wohl sie sich in der Klinik bei der eingeschlagenen Behandlung fühle, und wie es insbesondere zu ihrer Beruhigung beitrage, daß ihr Zustand nicht wie zu Hause als Sünde, sondern als Krankheit aufgefaßt werde. Sie bezeichnete ihn selbst als „schwere Gemütskrankheit", doch ging ihre Einsicht nicht so weit, daß sie nicht den Grund der Erkrankung in „unvorsichtigen Bemerkungen" des Herrn K. gesucht hätte, der sich hätte bemühen sollen, sie ohne Hintergedanken zu betrachten. Späterhin schwieg sie von den Vorkommnissen vor ihrer Aufnahme und sah die Rede nur ungern darauf gebracht. Nach zweimonatigem Aufenthalt (15. IX. bis 17. XI. 1913) wurde sie als gebessert, auf dem Umweg über ein Erholungsheim, nach Hause entlassen. Sie verließ die Klinik nur ungern, weil sie sich vor dem mangelnden Verständnis ihrer Schwestern fürchtete.

[1]) Dialektausdruck für „erwachsen", „verständig".

Folgende Bemerkungen der damals behandelnden Ärzte seien noch angefügt: „Äußerst empfindsames Gemüt"; „meist recht ruhig und gleichmütig, ohne größere Stimmungsschwankungen, nur ab und zu konnte eine harmlos hingeworfene Bemerkung eine innere Erregung in ihr hervorrufen"; „geneigt, alles sehr lebhaft innerlich zu verarbeiten"; „grübelt doch immer wieder"; „starke Egozentrizität trotz großer Bescheidenheit"; „Gesichtsausdruck freundlich, zaghaft"; „kommt mit den Patientinnen recht gut aus, kümmert sich fast zuviel um alle, sucht religiös auf sie einzuwirken".

Der Aufenthalt zu Hause dauerte nicht lang; erst wurde sie von den Schwestern mit Vorwürfen empfangen, daß sie der Klinik gegenüber ihnen Schuld an ihrer Erkrankung gegeben habe, während die Patientin ihrerseits aus ihrer Empfindlichkeit über mangelnde Besuche der Schwestern keinen Hehl machte. Zu dieser leichten Spannung kamen in der alten Umgebung nach einiger Zeit wieder die alten Befürchtungen: sie möchte Herrn K. auf der Straße begegnen, und er sie vorwurfsvoll ansehen, weshalb sie höchst selten aus dem Hause ging. Auch religiöse Zweifel stiegen ihr auf wegen ihrer Stellung zu dem Oberlehrer; sie befürchtete für ihre Seligkeit und fühlte sich gottentfremdet. Es kränkte sie, von den Geistlichen und von früheren Bekannten nicht genügend geistlichen Zuspruch zu bekommen; ohne die gewohnte Vereinstätigkeit empfand sie ihr Leben als leer und monoton, während sie andererseits in der Schwermut, die sie beherrschte, wenig zur Arbeit sich fähig fühlte. Nach alledem verlangte sie wieder in die Klinik zurück, was sie zuletzt auch durchsetzte, und am 11. Februar 1914 wurde sie zum zweitenmal in die Klinik aufgenommen.

Sie klagte, ihre Krankheit sei jetzt ein „vollkommenes Mißtrauen gegen Gott und die Menschen", auch führte sie wieder frühere Äußerungen des Oberlehrers an, die sie damals auf sich bezogen habe und von deren Bezüglichkeit sie auch jetzt noch überzeugt sei. Doch fühlte sie sich gleich wieder viel ruhiger, sie betonte, daß sie wieder beten und ihre Anfechtungen bekämpfen könne. Eine mit viel körperlicher Ruhe verbundene psychische Behandlung kam ihr gut zustatten; eine gleichmäßig ruhige, zufriedene Stimmung wurde vorherrschend. Doch hält sie sich gern von den anderen Kranken zurück, angeblich weil sie viel Unruhe und Unterhaltung nicht ertragen könne; dabei läßt sie durchblicken, daß ihr die Unterbringung in der 3. Verpflegungsklasse nicht völlig standesgemäß erscheine. Als sie auf jüngere Patientinnen gelegentlich etwas zu sehr erziehlich einzuwirken suchte und man ihr dies untersagte, war ein leichter Krampfanfall die Folge, ebenso, als sie aus bestimmtem Anlaß nicht allein zur Kirche gehen durfte. Wiederholte schwerere Anfälle traten auf, als jemand die Schnürfurche eines engen Kragens an ihrem Hals für die Spur eines absichtlichen Erstickungsversuchs gehalten hatte; sie war sehr unglücklich danach.

In dieser Weise ist sie durch kleine Zwischenfälle leicht aus dem Gleichgewicht zu bringen. Läßt man sie dagegen ruhig ihre Wege gehen, so ist sie meist zufriedenen Gemüts und versichert sich nur von Zeit zu Zeit durch Aussprache mit dem Arzt, daß man sicher über ihren Zustand nicht anders denke, als früher, und sie nicht „vom Standpunkt der Schuld" aus betrachte. Trotz ihrer Neigung zum Mißtrauen fügt sie sich stets sanft und willig in alle ärztlichen Anordnungen. Ihre alten Gedanken machten ihr noch zuweilen innerlich zu schaffen; am stärk-

sten und ohne erkennbaren äußeren Anlaß war dies Ende April 1914 der Fall, wo sie in einen Zustand der Niedergeschlagenheit, der inneren Unruhe und Beängstigung verfiel, den sie nach außen ziemlich zu beherrschen wußte, während sie innerlich von Selbstmordgedanken geplagt war, so daß sie, nachdem sie sich über ihre Gemütsverfassung geäußert, für einige Tage — und zu ihrer sichtlichen Beruhigung — auf eine geschlossene Abteilung verlegt wurde. Etwa 14 Tage später vollzog sich dann fast von einem Tag auf den anderen ein Umschwung in ihrer Stimmung, der schon äußerlich merklich war; die Augen gewannen an Glanz, das Gesicht an Rötung und Spannung. Sie erklärte eines Tages bei der Morgenvisite, daß ihr alles klar wäre, daß sie alles überwunden habe und sich eigentlich gesund fühle. Dieser Stimmung entsprang folgender Brief:

„Tübingen, 28. IV. 14.

Meine lieben Schwestern! Möchte Euch mitteilen, daß mein Gemütszustand in allerletzter Zeit eine Wendung zu entschiedener Besserung erfahren durfte. Die Schwermut weicht jeden Tag mehr, und ich sehe nun so viel gnädige Bewahrung und Treue Gottes während der schweren Zeit der letzten 4 Jahre. Danket mit mir dem lieben Gott für diese gnädige Wendung. Ich habe feste Hoffnung in mir, wieder ganz gesund zu werden. Auch Euch, meine lieben treuen Schwestern, danke ich von innigstem Herzen für alles, was Ihr an mir getan habt. Gott möge Euch alles vergelten. Ich kann nur loben und danken und freue mich, wenn die Zeit kommt, wo ich wieder in Eurer Mitte sein darf. Eure Euch liebende Schwester A. Feldweg."

Noch mehrere Tage lang trug ihr Gesicht einen glücklich lächelnden, sicheren und zufriedenen Ausdruck. Dabei hatte sie eine Reihe kleiner Nervenanfälle, besonders nachts, die sie damit erklärte, daß ihre Nerven dem plötzlichen Umschwung noch nicht standzuhalten vermöchten. Am 7. Mai 1914 bat sie den Arzt um eine Unterredung und sprach dabei zunächst immer selbst, wohl 20 Minuten, ohne sich zu unterbrechen, in einfachen, geordneten Sätzen, oft breit ins einzelne gehend, doch ohne abzuschweifen. Sie hatte gebeten, ihr nicht ins Wort zu fallen, weil sie sonst das Konzept verliere.

Der Inhalt war, daß sie mit dem Oberlehrer, der sie so unzart behandelt habe, fertig sei, daß sie ihm nichts nachtrage, daß sie aber auch nicht ferner mit ihm zu verkehren vermöchte; ihr Urteil über seine gesamte Persönlichkeit ist dabei, wie auch dauernd weiterhin, ein schroff absprechendes, ihre Beziehungsideen gegen ihn hält sie in allen Einzelheiten, doch ohne Rechthaberei, fest. Sie fühle, fuhr sie fort, daß jetzt der dauernde Umschwung zum Bessern in ihrer Krankheit eingetreten sei; an sich sei sie jetzt gesund, bitte aber, daß man sie noch eine Weile behalte, bis ihre Nerven sich ganz beruhigt hätten. Dieser Zustand leichter Gehobenheit dauerte einige Tage, um dann der gewöhnlichen stillen und zufriedenen Stimmung Platz zu machen, die nur zuweilen auf kleine äußere Anlässe oder zur Zeit der Menstruation (die nach einer vierteljährigen Unterbrechung im Jahre 1913 regelmäßig blieb) von kurzdauernden traurigen Verstimmungen oder Krampfanfällen der früher geschilderten Art unterbrochen wird.

Neue Wahnvorstellungen hat sie seit der Entstehung ihrer Krankheit nicht

gebildet; macht man ihr gegen die alten (die Beurteilung des Oberlehrers usw.) Einwände, so überlegt sie diese oft tagelang, vielfach und genau, ohne zuletzt dauernd von ihrer Überzeugung abzukommen. Sie ist gern in der Klinik, in deren Schutz sie sich wohl fühlt; seit Herbst 1915 hat sie wohltätige Arbeit in der Stadt übernommen, der sie sich gern widmet.

In ihrem Wesen ist charakteristisch der ängstliche, sanfte und freundliche Gesichtsausdruck, das vielfache Erröten, die Scheu und Verlegenheit der Bewegungen schon bei alltäglicher Unterhaltung und die leise, fromme und sanfte Art ihrer Rede, die vielfach mit biblischen Wendungen durchflochten ist. Dabei hält sie an ihren Ansichten mit kaum merklicher Bestimmtheit, ja mit leisem Eigensinn fest, der aber nie in direktem Widerstreben, eher in harmlosen, kleinen Intrigen und heimlich nachgetragener Empfindlichkeit sich kundtut. Wie sie selbst sagt, faßt sie bei der Visite jedes kleine, beiläufige Wort auf, um darin eine Aufmunterung, einen Trost zu suchen — oder auch sich zurechtgewiesen oder verkürzt zu glauben. In ihrer mimosenhaften Empfindsamkeit ist sie in solchen Fällen auch körperlich gleich erschöpft: Mattigkeit, Zuckungen sind die Folge, sie fühlt sich gedrückt und leidend und erwartet alsdann von Ärzten, Geistlichen und Angehörigen viel Zuspruch. Von den Mitkranken hält sie, bei aller wohlwollenden Freundlichkeit, stets einen gewissen Abstand, sie kleidet sich sauber und sorgfältig und liebt es, fleißig und still für sich kunstreiche Handarbeiten anzufertigen, mit denen sie andere nachher beschenkt. Ihr Hang zu religiöser Grübelei, ihre Neigung, sich selbst zu prüfen, sich mit einzelnen Personen, denen sie vertraut, über ihr Innenleben, und zwar in einer klaren, intelligenten, von Selbstbespiegelung nicht ganz freien Weise auszusprechen, sind mit ihrem ganzen Charakter unverändert geblieben. Der Klinik, besonders den Ärzten gegenüber, ist sie anhänglich und dankbar.

Katamnese 1917. Patientin hat seither von der Klinik aus regelmäßig in der Tübinger Volksküche gearbeitet. Im Juli 1917 konnte sie aus der Klinik entlassen werden. Die Neigung zu gelegentlichen hysterischen Anfällen und eine ausgeprägte religiöse Skrupelhaftigkeit haben sich erhalten. Durch die übernommene Arbeit fühlt sie sich befriedigt.

Vorstehende Krankheitsgeschichte hat in den Hauptzügen mit derjenigen von Helene Renner viel Ähnlichkeit. Auch die Konstitution dieser Kranken ist durch die schwere erbliche Belastung, die vielfache Nervosität und die körperliche Zartheit gekennzeichnet. Auch in ihrem Charakter finden wir auf der einen Seite die psychische Überempfindlichkeit, Ängstlichkeit, Gemütsweichheit und ethische Skrupulosität, auf der anderen Seite, durch sanfte Gebärden durchschimmernd, einen gewissen Eigensinn, ein entschiedenes Selbstbewußtsein und die soziale Strebsamkeit ausgeprägt. Die Neigung zur Innerlichkeit des Gemütslebens und zur Affektverhaltung macht das Bild der sensitiven Charakteranlage vollständig. Ganz dasselbe Erlebnis und ganz dieselbe intrapsychische Verarbeitung: heimliche Verliebtheit, jahrelang verhalten und innerlich bekämpft, führt das Bewußtsein beschämender Insuffizienz und, unmittelbar daraus entsprungen, den Beziehungswahn herbei. Auch hier ist sorgfältig zu beachten, daß nur die Reaktion auf das Erlebnis krankhaft ist, während das Liebeserlebnis selbst seine normale psychologische Entstehung wohl erkennen läßt.

Die instinktive weibliche Zuneigung wächst hier mit bekannter Gesetzmäßigkeit aus naiver religiöser Verehrung und Schwärmerei für die Person des Oberlehrers ganz allmählich heraus. Überhaupt scheint es sich auch weiterhin nicht geradezu um eingestandene mädchenhafte Verliebtheit, sondern, jedenfalls äußerlich, vorwiegend um bewundernden Persönlichkeitskultus gehandelt zu haben, dem nur eben so viel erotische Wärme beigemischt war, als genügte, um das überempfindliche Gewissen der Patientin zu beunruhigen. Die Art der Erlebnisverarbeitung zeigt übrigens im Vergleich mit Helene Renner einen bezeichnenden kleinen Unterschied. Während diese ihre heftige Verliebtheit in ihrem ganzen erotischen Zusammenhang ohne Umschweife sich klarmachte und mit ehrlichem Bewußtsein dazu Stellung nahm, sucht sich Anna Feldweg immer wieder halb hinter sophistischen Scheingründen und religiösen Atrappen vor sich und anderen zu verbergen, in einer Art, die dem psychologisch geschulten Leser wiederholt ein Lächeln entlockt haben wird; es wurde deshalb das Krankenblatt möglichst in der Originalausdrucksweise der Patientin abgefaßt. Diese Neigung, unliebsame seelische Tatbestände aus dem Mittelpunkt des Blickfeldes hinauszuschieben, ist typisch hysterisch und nicht sensitiv. In der Tat können wir bei Vergleich mit dem Rennerschen Fall deutlich feststellen, wie sich bei der Patientin Feldweg schon in der Charakteranlage primitive Züge in das sensitive Persönlichkeitsbild einschieben, Züge von kleinlichem Egoismus und naiver Eitelkeit, von Freude am harmlos Intriganten, die der durchschnittlich bedeutenden ethischen Höhe intelligenter sensitiver Persönlichkeiten nicht ganz entspricht. Diese primitive Nebenlinie läßt sich im persönlichen Verhalten der Patientin auch durch die ganze klinische Beobachtung hindurch verfolgen; sie kommt besonders in dem gehäuften Auftreten hysterischer Anfälle zum Vorschein.

Der Verlauf des sensitiven Beziehungswahns zeigt hier eine einfache paranoische Form, sofern das Zustandsbild der Erschöpfungspsychose fehlt. Auch hier zeigen sich wieder die ausgesprochen reaktiven Verlaufsschwankungen: Verschlimmerung durch das psychologische Ungeschick der Schwestern, jedesmal prompte Besserung durch Aufnahme in den Schutz der Klinik. Auch hier ist neben der Zentrierung um die überwertige Idee die geringe Festigkeit der Wahnbildung, ihre Beeinflußbarkeit durch vernünftige Einrede und ihre Neigung bemerkenswert, im Lauf der Jahre, wenn nicht korrigiert, so doch bedeutungslos zu werden.

Dagegen sind hier gewisse Beziehungen zum Formkreis des manisch-depressiven Irreseins ausführlicher zu erwähnen. Auf die grundsätzliche Korrelation, die zwischen einzelnen Typen der asthenischen und der konstitutionell depressiven Anlage besteht, wurde schon im theoretischen Teil aufmerksam gemacht. Wir sahen bei Helene Renner, wie hier bei Anna Feldweg, wie sie in ganz übereinstimmender Weise auf den Tod geliebter Angehöriger mit langanhaltenden, ans Psychotische streifenden Depressionen reagierten. Die zyklischen Gemütsschwankungen entsprechend der Menstruation und Jahreszeit hatten sich auch im Fall Renner etwas stärker als gewöhnlich markiert. Dies alles liegt noch im Rahmen des Psychopathischen. Auch die sanguinischen Gemütsschwankungen, die der Patientin Feldweg von Jugend auf eigen waren, sind mehr reaktiv bedingt. Doch werden wir

auch an diesen Dingen nicht achtlos vorübergehen, wenn wir uns erinnern, daß die Mutter der Kranken offenbar an echter konstitutioneller Depression im Sinne des manisch-depressiven Irreseins litt, die sich nach bekanntem Verlaufstypus in der zweiten Lebenshälfte unter periodischen Steigerungen vertiefte, und daß die mütterliche Familie mit depressiven Psychosen durchseucht ist. In diesem Zusammenhang kann es nicht wundernehmen, daß auch die Gemütsschwankungen unserer Kranken sich nicht ganz auf reaktive Labilitäten und auf menstruelle Verstimmungen beschränken, sondern daß sie gelegentlich eine selbständige, wenn auch bescheidene Rolle spielen.

Eine solche selbständige zyklothyme Welle, die ohne inneren Zusammenhang mit der Hauptpsychose ablief, war im Frühjahr 1914 zu beobachten: einem etwa 14 Tage dauernden, mit Suizidgedanken einhergehenden Zustand ängstlicher Niedergeschlagenheit folgte eine ebenso kurze gehobene Stimmungsphase, die mit ihrer Erleichterung des Gedankenablaufs und der Willensantriebe und der Vermehrung des körperlichen Turgors ein recht typisch hypomanisches Gepräge zeigte. Wie wenig aber diese zyklothymen Vorgänge den Kern des sensitiven Beziehungswahns berühren, geht nicht nur aus ihrem seltenen und beiläufigen Auftreten, sondern vor allem daraus hervor, daß dieser Beziehungswahn zwar während der abnormen Gemütsphasen die entsprechende Stimmungsfarbe mit erhält, daß er sich aber bis in die Einzelheiten unkorrigiert, in seinem Ideenbestand weder vermehrt noch vermindert, durch sie hindurchzieht, und nachher derselbe ist, der er vorher gewesen war. Ebenso hatte er sich bei seinem Beginn in jahrelanger Entwicklung aus verständlichen psychologischen Wurzeln herausgestaltet, ohne daß dabei endogene Stimmungsanomalien sich irgendwie wirksam gezeigt hätten. Man muß diese Belanglosigkeit der zyklothymen Störungen für den Krankheitsverlauf mit den nachhaltigen Wirkungen vergleichen, die durch psychologische Faktoren, z. B. durch durch den Aufenthaltswechsel, bei der Kranken hervorgebracht wurden, um zu erkennen, daß der ätiologische Schwerpunkt eben auf der charakterologisch-reaktiven Seite liegt.

Trotzdem ist die Beachtung dieser zirkulären Abweichungen wichtig. Nicht als ob sie bei der Entstehung des sensitiven Beziehungswahns an sich eine Rolle spielten — dieser entwickelt sich in der Mehrzahl auch der übrigen Fälle, ohne daß in Heredität oder Krankheitsverlauf etwas Manisch-Depressives zum Vorschein käme. Sondern sie sind wichtig als Symptom der inneren Verwandtschaft mancher asthenisch-sensitiven Charakteranlagen zur manisch-depressiven Konstitution; in dem Sinne, daß dieselbe Anlage durch ihre Gemütsschwere, Weichheit und nachhaltige Empfindlichkeit zu rein psychologisch-reaktiven Seelenstörungen disponiert, wie sie vermöge ihrer biologisch gesetzmäßigen inneren Gemütslabilität echt zirkuläre Schwankungen aus sich hervorzubringen vermag. Für diese Annahme spricht ebenso die Häufigkeit weicher, zartfühlender Naturen unter den zyklothymen und konstitutionell-depressiven Menschen wie andererseits das gelegentliche Vorkommen zirkulärer Heredität, reaktiver Depression und zyklischer Gemütsschwankung bei unseren Sensitivneurotikern.

Wir sind bei Helene Renner nur auf die beiden pathogenen Hauptfaktoren: Charakter und Erlebnis eingegangen. Hier im Fall Feldweg treten die Milieu-

wirkungen in der Krankheitsentwicklung noch handgreiflicher hervor. Die Figur von Anna Feldweg läßt sich nicht ohne ihre beiden ältlichen Schwestern, ohne die preziöse Sanftmut und Reinlichkeit ihrer häuslichen Atmosphäre, ohne ihre beschaulichen Häkelarbeiten, ohne ihre Sonntagsschule und den rechtgläubigen Oberlehrer sehen, kurz, sie ist mit dem Hintergrund von Kleinstadt und Altjungfernstube unzertrennlich verwachsen. Die Beimischung von kleinem Egoismus, von Bigotterie und konventioneller Beschränktheit in ihrem Charakter wurde durch diesen Hintergrund sicherlich gefördert. Es liegt aber auch auf der Hand, wie gerade ein solches Milieu die Disposition entsprechend veranlagter Charaktere zu sensitiven Entgleisungen steigern muß, sofern ein solches Leben im engsten Kreis ein skrupulöses Einspinnen in das eigene Innenleben begünstigt, die Ausbildung einer freien, großzügigen Ethik verhindert und dem Ehrgeiz der sensitiven Natur oft nur die überschwengliche Religions- und Tugendübung als Betätigungsfeld übrigläßt. So hatte sich bei unserer Kranken einerseits der heimliche Stolz besonders geläuterter Frömmigkeit, andererseits der Trieb zu beständiger, ängstlicher Selbstprüfung zu einem solchen Grad pietistischer Überspannung entwickelt, daß schon ein mäßiger Anlaß das Erlebnis der beschämenden Insuffizienz auslösen konnte.

Und wie nun dieses Erlebnis eingetreten war, da tat wiederum die kleinstädtische Umgebung, speziell die religiöse Beschränktheit der Schwestern, alles, um die Kranke in ihre beginnenden wahnhaften Selbstbeschuldigungen recht tief hineinzuführen. Die Rolle, die die Umgebung hier für den Beziehungswahn spielt, zeigen mit experimenteller Deutlichkeit die Intensitätsschwankungen desselben, je nachdem die Patientin in der Klinik oder bei ihren Schwestern lebt. Zudem sind es gerade die geselligen Verhältnisse der Kleinstadt, die schon bei der kleinsten ethischen Unstimmigkeit die Furcht vor übler Nachrede und somit die argwöhnische Eigenbeziehung begünstigen.

Fügen wir zu diesen beiden ausführlich analysierten Fällen eigener Beobachtung noch die Töchterschullehrerin Wernickes und die Musiklehrerin aus Friedmanns milden Paranoiafällen hinzu, so wird das Bild des sensitiven Beziehungswahns alter Mädchen in seiner typischen Einheitlichkeit um so besser hervortreten. Jener erste Fall bildete als Beispiel zu Wernickes „überwertiger Idee" den Eingang dieser Abhandlung, der letztere wird von Friedmann folgendermaßen geschildert:

Friedmanns Fall 2. Emilie R., 40 Jahre alt, Musiklehrerin. Das bisher psychisch und körperlich gesunde Mädchen stammt aus belasteter Familie, ein Onkel ist an Paralyse gestorben, zwei Geschwisterkinder waren geisteskrank, eines davon endete durch Suizidium; auch in der früheren Aszendenz sind Psychosen vorhanden. Sie selbst war immer exaltiert und eigenartig verschlossen; dabei ist sie sehr bescheiden, von rührendem Arbeitseifer, unterhielt seit Jahren ihre im Vermögen zurückgekommenen Eltern durch den Ertrag ihrer Unterrichtsstunden. So muß sie jedes Lebensgenusses entbehren, war aber bisher zufrieden und harmlos. In den letzten Jahren unmäßige Überarbeitung in ihrem Berufe, so daß sie sich stark überanstrengt fühlte. Ging dann zur Erholung an einen Luftkurort im Schwarzwald, wo sie in anregender Gesellschaft sich wohl

fühlte und viel gemeinschaftlich musizierte. Im Laufe des folgenden Winters und Frühjahrs fiel ihrer Tante, bei welcher sie regelmäßig verkehrte, ihr allmählich verändertes Wesen auf; sie war reizbar, weinte öfter ohne ersichtlichen Grund und gab auch zu, schlechter zu schlafen. Dabei besorgte sie indessen ihre anstrengende Berufstätigkeit ebenso gewissenhaft wie stets, doch magerte sie ab und sah vergrämt aus. Diese Veränderung ihres Wesens wurde aber immerhin erst nach Monaten für die Umgebung auffällig, und erst nach einem Jahre, im folgenden Sommer nämlich, gelang es der Tante durch energisches Auftreten, etwas von der Geschichte zu erfahren, welche sich mittlerweile in dem seelischen Leben ihrer Nichte abgespielt hatte. Von ihren Schülerinnen aber ahnte überhaupt niemand, daß sie irgendwie psychisch abnorm sei.

Die Sache selbst stellte sich folgendermaßen heraus: Während ihres Sommeraufenthaltes war sie angeregt und beliebt gewesen, sie musizierte, wie erwähnt, viel, gelegentlich auch in die Nacht hinein. So erbat sie sich eines Abends zu ihrem Schutze die Begleitung eines Pensionsgenossen, eines Herrn in mittleren Jahren, als sie in die abseits gelegene Dependance auf ihr Zimmer zurückkehren wollte. Als der Herr sich vor dem Hause verabschieden wollte, hielt sie ihn an der Hand fest; sie fürchte sich, und er müsse sie in dem dunklen Hausflur noch ein Stück weiter begleiten. Dieses Benehmen war an sich vielleicht etwas unfein, aber da sie, äußerlich unbedeutend, nie irgendwie der Koketterie verdächtig war, so hielt sich auch niemand weiter darüber auf, und der Herr scheint gar nicht über das kleine Ereignis gesprochen zu haben. Sie selbst aber schämte sich doch hinterher ihrer kindlichen Angst, und dann fürchtete sie, man könne ihr Benehmen als zu „frei" oder kokett auslegen. In den nächsten Tagen sprach sie mit einem älteren, ihr stets freundlichen Ehepaar darüber, welches sie beruhigte, obgleich es ihr Verhalten ein wenig unüberlegt fand. Bald danach reiste sie nach Hause, ohne daß etwas Besonderes noch vorgefallen wäre.

Nun kamen ihr allmählich stärkere und stets zunehmende Skrupel über ihr Benehmen, und jetzt „erkannte" sie auch nachträglich, daß man sich in den nächsten Tagen doch fast allseitig in der Pension von ihr zurückgezogen hatte. Den Ausschlag für sie aber gab es, als im folgenden Herbste jener Herr, ein Pfälzer Landwirt und Weinbauer, ihr ein Körbchen Trauben zum Geschenk sandte. Sie war jetzt überzeugt, daß jener sie für unmoralisch hielt, und schickte ihm sofort sein Geschenk zurück. Der Zufall wollte es, daß sie außerdem den gleichen Herrn, der übrigens viel geschäftlich in Mannheim verkehrte, in der nächsten Zeit einmal auf dem Überfahrtsschiffe nach Ludwigshafen traf; er war mit mehreren anderen Herren zusammen, deren einer sie beim Aussteigen angeblich scharf fixierte und dabei zu den anderen sagte: „Also die Hefe liefere ich nicht." Das sei doch ein Unsinn, sie war ganz überzeugt, daß damit eine Anspielung oder eine Ulkerei gegen sie gemeint war. Die Wahrnehmungen solcher Art häuften sich allmählich, allerdings waren sie nie zahlreich, die meisten Tage verliefen ohne ein besonderes Erlebnis. Zunächst fiel ihr auf, daß in dem genannten Trajektschiffe — sie benutzte es oft, um zu ihren Schülerinnen nach Ludwigshafen zu gelangen — bestimmte, ihr bekannte Herren viel häufiger als früher ihr begegneten: das waren ganz zweifellos Aufpasser. Wieder einige Zeit danach bemerkte sie, daß auch hier in der Stadt die jungen Leute, namentlich einige ihr dem Namen nach bekannte Personen, sie frech anschauten, ferner daß sie gerade vor ihr

abbogen und quer über die Straße herübergingen; ab und zu, was sie am schwersten erregte, konnte sie einzelne, direkt auf sie bezügliche Spottreden auffangen bei Passanten, z. B. „schlechte Person", „die bigotte Person" oder: „also ich komme dahin" (eine deutliche Anspielung auf ein Rendezvous), sogar einmal seitens eines bekannten Herrn: „also ich gehe nach F...tal" (dem Wohnort ihres Verfolgers). Wohlbekannte Personen vermieden es, sie zu grüßen, in der Trambahn kam es vor, daß man mit Fingern auf sie hindeutete. Bei alledem ist aber zu bemerken, daß sie stark kurzsichtig ist und mit niedergeschlagenen Augen über die Straße geht, so daß sie also in Wirklichkeit gar nicht die Dinge so sehen konnte, wie sie es sich einbildete.

Kurz und gut, es kam dahin, daß sie mit Zittern und Bangen Tag um Tag zu ihren Berufsgängen auf die Straße ging, daß sie glücklich war, wenn nichts passierte, daß sie aber außer sich geriet, wenn sie an einzelnen Tagen wieder einmal etwas von jenen Dingen wahrgenommen hatte. Übrigens beschränkte sich auch hier das ganze Wahndenken auf die Straßenbeobachtungen, weder zu Hause, noch bei ihren Stunden, noch in der Zeitung fand oder hörte sie je etwas Verdächtiges, und äußerlich verfloß ihr Leben genau so wie früher. Nur hatte der Schlaf enorm abgenommen, und ihre Stimmung war oft geradezu trostlos bei ihrem exaltiert stolzen Charakter.

Über die Sachlage war sie sich innerlich klar; jener Herr hatte, ein unfeiner „Kerl" oder „Bauer", wie er war, sich seiner Erfolge bei ihr gerühmt; da er viele Bekannte hier besaß, wußten viele Personen darum, und es war zum Stadtgespräch geworden. Jede einzelne ihrer Wahrnehmungen obiger Art war ihr ein neuer Beweis und für sie unumstößlich. Schließlich, etwa $1^1/_2$ Jahre nach jenem ursprünglichen Vorkommnisse im Schwarzwald, ließ sie sich trotz aller Abmachungen zu einer neuen Torheit hinreißen; sie veranlaßte ihre Wirtsleute, dem Herrn einen Brief zu schreiben, er möge aufrichtig sagen, ob er das bewußte, hier bestehende Gerede veranlaßt habe; dann möge er der Wahrheit wieder die Ehre geben usw. Er kam darauf selbst, war äußerst freundlich, beruhigte sie in jeder Hinsicht; aber gerade die gegenteilige Wirkung erfolgte; er habe immerfort verlegen gelächelt, und gerade daraus habe sie die Sicherheit, die sie suchte, gewonnen, daß er die Schwätzerei gegen ihren guten Ruf angestiftet habe.

Zu dieser Zeit bekam ich sie zuerst zu sehen, obwohl sie sich aufs lebhafteste dagegen verwahrt hatte. Sie sei nicht krank; erzählte mir dagegen mit großer Erregung und unter ausbrechenden Tränen sehr wortreich ihre Leidensgeschichte. Sie war absolut unzugänglich gegen jeden Vernunftgrund oder gegen alle Einwände, sie habe noch gestern wieder auf der Straße einen Beweis gehabt für das fortlaufende Gerede (zwei Schulmädchen hätten wieder eine Anspielung im Vorübergehen gemacht); es sei traurig, daß ihre Tante ihr nicht glauben wolle. Meine Hilfe wollte sie nur gelten lassen insoweit, daß ich dem „Kerl" mit dem Staatsanwalt drohen solle. Immerhin nahm sie die Schlaf- und Beruhigungsmittel und versprach, sich beruflich zu schonen. Dagegen lehnte sie sehr bald meine ferneren Besuche ab, sie sei wieder wohl.

Nach $^3/_4$—1 Jahr, wieder $2^1/_2$ Jahre nach Beginn der ganzen Erregung, ist das Wahngebäude so ziemlich in den Hintergrund getreten. Auch sie hat nie erkannt, daß sie nach irgendeiner Seite hin sich geirrt habe. Aber sie spricht

nicht mehr davon, ihre früher so stark verstörte Stimmung ist wieder gleichmäßig geworden, und zugleich hat sie sich körperlich recht gut erholt.

Diese relative Genesung hat seit ziemlich $1^1/_4$ Jahren Bestand behalten.

Es ist ein Beweis für die Gesetzmäßigkeit der oben gezeichneten Charaktergrundlage des sensitiven Beziehungswahns, daß auch in diesem Friedmannschen Krankenblatt, wo dem Autor die Darstellung eines bestimmten Charakterbilds ferngelegen hat, doch die Grundzüge der sensitiven Persönlichkeit ungezwungen zum Ausdruck kommen. Auf der einen Seite steht der asthenisch-skrupulöse Charakterkern: Die Kranke ist „sehr bescheiden", „von rührendem Arbeitseifer", „gewissenhaft", sie geht mit gesenkten Augen über die Straße, ist ängstlich wie ein Kind, opfert sich für ihre Eltern auf. Auf der anderen Seite tritt der sthenische Einschlag prägnant hervor: sie ist „eigenartig verschlossen", ein „exaltiert stolzer Charakter". Wiederum ist die starke erbliche Belastung bemerkenswert.

Die Friedmannsche Kranke stellt in ätiologischer Hinsicht eine Variante dar. Während bei den beiden Hauptfällen und auch bei Wernickes Lehrerin die Verhaltung des Erlebnisses den wesentlichen Krankheitsgrund darstellte, zu dem bei Helene Renner die Erschöpfung als wichtiger Nebenfaktor hinzutrat, ist hier das Verhältnis offenbar umgekehrt. Eine „unmäßige Überarbeitung im Beruf" geht voraus, ist auch zeitlich das Primäre, während das Erlebnis im Vergleich mit den schweren Seelenkämpfen der früheren Patientinnen ein verhältnismäßig geringfügiges ist; allerdings bringt genau dasselbe Erlebnis, wie bei jenen, die Psychose zum Ausbruch, aber sozusagen in Miniatur, aus dem Ethischen ins Gesellschaftliche übertragen, keine Sünde, sondern ein peinlicher faux pas. Immerhin ist es doch das typische Erlebnis der beschämenden Insuffizienz. Außerdem wird man bei dem offenbar doch recht freundschaftlichen Verhältnis der Kranken zu dem Gutsbesitzer leicht auf die Vermutung kommen, daß sich hinter der leidenschaftlichen Verarbeitung ihrer zweideutigen Ungeschicklichkeit doch wieder eine wirkliche, unterdrückte Zuneigung, wie bei den früheren Patientinnen, verbirgt. Aber auch wenn man von dieser Möglichkeit absieht, wird man in der schon vorher bestehenden nervösen Erschöpfung einen genügenden Grund dafür finden, daß hier ein weniger hochwertiges Erlebnis zur Auslösung des Beziehungswahns genügte; und ebenso kann die Fortdauer der beruflichen Anstrengungen für das lange Hinziehen der Psychose verantwortlich gemacht werden. Wir werden bei Besprechung der Gierlichschen Fälle auf den Zusammenhang zwischen reiner Überarbeitungsneurasthenie und sensitivem Beziehungswahn und speziell auf die Frage zurückkommen, inwieweit die erstere selbständig das paranoische Zustandsbild heraufzuführen vermag.

Überblickt man die vier geschilderten Fälle zusammen, so findet man, daß sie in den wesentlichen Zügen sich so zum Verwechseln ähnlich sind, daß man wohl berechtigt ist, den erotischen Beziehungswahn alter Mädchen als eine selbständige Untergruppe im Rahmen der sensitiven Wahnbildung herauszuheben. Die Rolle, die in der Krankheitsätiologie neben den psychologischen Hauptfaktoren auch gewissen biologischen Voraussetzungen zukommt, wurde bei der

Einzelbesprechung schon sorgfältig berücksichtigt; es wurde besonders auf die konstitutionelle Erschöpfbarkeit und auf die Beziehungen zur manisch-depressiven Veranlagung hingewiesen. Hier ist noch die Frage nach der ätiologischen Bedeutung des Klimakteriums zu erörtern. Es ist auffallend, daß in drei von den vier Fällen die Psychose etwa um das vierzigste Lebensjahr sich einstellt.

Nun ist wohl kein Zweifel, daß das fünfte Lebensjahrzehnt bei Frauen von entsprechender Charakterveranlagung eine gewisse rein biologische Disposition zum Ausbruch paranoischer Erkrankungen mit sich zu bringen pflegt, wie dies insbesondere Kleist unter der Bezeichnung „Involutionsparanoia" beschrieben hat. Man wird diesen Umstand als ein ganz allgemein die Auslösung des Beziehungswahns erleichterndes Hilfsmoment auch für unsere, im übrigen toto coelo von der Involutionsparanoia verschiedenen, Krankheitsbilder in Betracht ziehen dürfen. An und für sich könnte es deshalb nicht wundernehmen, wenn sich einmal ein Fall finden sollte, wo ein zunächst echt psychologisch ausgelöster sensitiver Beziehungswahn sich nachher involutionsparanoisch weiterentwickelt. Ein Beispiel, wie klimakterielle Gemütsveränderungen und psychogene Erlebnisverarbeitung bei der Entstehung eines Beeinträchtigungswahns zusammenwirken können, gibt Friedmanns (nicht in unsere Gruppe gehöriger) 6. Fall milder Paranoia, wo eine Frau nach ihrer Kastration unter weinerlich reizbarer Verstimmung sich von ihrem Mann schlecht behandelt und vom Arzt betrogen glaubt. Man wird derartige Fälle am besten so auffassen, daß hier auf dem durch biologische Ursachen veränderten Gemütsuntergrund seelische Erlebniswirkungen einen besonders geeigneten Nährboden finden, wobei für jeden Einzelfall entschieden werden muß, ob man auf das biologische oder auf das psychologische Moment den größeren Nachdruck legen will. Auch Friedmanns Fall 5, wo eine 40jährige, konstitutionell abnorme Frau auf Grund einer Briefverwechslung mit psychologisch doch etwas äußerlicher Motivierung in den Wahn der ehelichen Untreue ihres Mannes verfällt, gehört vielleicht in dieses psychogen-involutionsparanoische Grenzgebiet.

Was dagegen unseren erotischen Beziehungswahn betrifft, so ist das herannahende Klimakterium als wesentliche Ursache schon deshalb abzulehnen, weil gerade die ausgeprägteste Repräsentantin dieser Gruppe, Helene Renner, lange vor diesem Zeitpunkt, im 29. Lebensjahr, erkrankte. Auch bei den übrigen Patientinnen kann die Hilfsrolle des Klimakteriums beim Krankheitsausbruch sehr wohl auch eine indirekte, psychologisch vermittelte sein, sofern das Herannahen der Involution bei Frauen bekanntlich oft eine Nachblüte erotischen Gefühlslebens hervorbringt, die dann ihrerseits die Entstehung rein psychologisch bedingter Konflikte erleichtert.

Jedenfalls zeigen auch diese Erwägungen, daß der ätiologische Schwerpunkt bei unserer Krankheitsgruppe nicht auf der biologischen, sondern auf der psychologischen Seite gelegen ist. Sie verdankt ihre frappante innere Ähnlichkeit der Gemeinsamkeit von Charaktergrundlage, Erlebnis und Milieu. Die Milieuwirkungen sind es insbesondere, die unserer Gruppe vollends das bestimmte, eigenartige Kolorit gegenüber anderen Untergruppen des sensitiven Beziehungswahns geben. Gewiß ist die soziale Stellung, die die unverheiratete Frau auch heute noch in der bürgerlichen Gesellschaft einnimmt, dazu angetan, ihre Persönlichkeit in einer bestimmten Richtung zu verbilden. Die Gesellschaft verlangt

vom alleinstehenden älteren Mädchen auf der einen Seite eine beständige unnatürliche Anspannung ihres ethischen Selbstbewußtseins, die straffste Unterdrückung aller erotischen Weiblichkeit, einen überspannten Tugendstolz, den sie ihr erst anzüchtet und nachher als Zimperlichkeit vorwirft. Mit dieser Überspannung der persönlichen Ehrbegriffe kontrastiert aber die demütigende äußere Lage, in der sie sich im ganzen gesehen befindet. Das alleinstehende Mädchen genießt nicht den vollen menschlichen Rang wie der Mann oder die verheiratete Frau. Sie ist weder jenem als Berufsarbeiterin, noch dieser in der gesellschaftlichen Achtung ebenbürtig. Sie befindet sich in einer Art dauernder Unmündigkeit, steht in ihrem Privatleben unter allgemeiner Kontrolle, ist für ihre Leistungen knapp bezahlt und, bei ihrem Mangel an sozialem Rückhalt, hundertfachen Willkürlichkeiten und Unfreundlichkeiten ausgesetzt. Auch diese dauernde soziale Defensivstellung ist erfahrungsgemäß wiederum geeignet, das Selbstbewußtsein überempfindlich zu machen, einen gewissen bitteren Stolz zu züchten, wie sie etwa dem landläufigen Gouvernantencharakter eigen sind.

Man kann daher die Wirkung des Altjungfermilieus auf die kurze Formel bringen: Überspannung des Selbstgefühls in demütigender Lage, und wird diese Definition ebensowohl auf die alleinlebende Kleinstadtjungfer alten Stils, wie auf die berufstätigen Mädchen anwenden können. Ziehen hat wohl Ähnliches im Auge, wenn er gelegentlich von „Gouvernantenwahnsinn" spricht, nur daß er mit diesem Ausdruck nur die Berufswirkungen, nicht die geistige Atmosphäre der alten Jungfer überhaupt trifft, deren klinische Bedeutsamkeit am Fall Feldweg bereits gezeigt wurde. Der Unterschied ist nur der, daß die zugleich überspannende und demütigende Milieuwirkung bei der altmodischen Kleinstadtjungfer mehr auf dem Gebiet von Religion und Tugend, bei den arbeitenden Mädchen mehr in beruflicher und gesellschaftlicher Richtung zum Ausdruck kommt.

Der springende Punkt liegt nun darin, daß es gerade die sensitive Charakteranlage ist, auf die ein so beschaffenes Milieu spezifisch kumulierend wirken muß. Denn die ungesunde Spannung, die zwischen den beiden Komponenten des sensitiven Charakters an sich schon besteht, muß dadurch verschärft werden, daß die natürliche Insuffizienz und ängstliche Unsicherheit durch die demütigende äußere Lage, und der sthenische Charaktereinschlag durch die sozial zugespitzten Ehrbegriffe sich noch stärker überreizen. Zudem wird das überspannte Tugendideal, das dem alleinstehenden Mädchen von der Gesellschaft eingeimpft ist, der ethischen Skrupulosität des sensitiven Charakters, und die Angst vor der öffentlichen Meinung, die ihre unmündige Lage mit sich bringt, seiner Neigung zu Beziehungsvorstellungen Nahrung geben. Kurz, es trifft im Altjungfermilieu alles zusammen, was geeignet ist, die im sensitiven Charakter schlummernden psychischen Krankheitskeime aufzuwecken. Dieselbe Doppelwirkung, die mit der Überspannung des Tugendstolzes zugleich das Gefühl der Insuffizienz hervorbringt, hatten wir schon an dem Erlebnis der unterdrückten Liebe feststellen können. Und dieselbe Spannung zwischen Insuffizienzgefühl und ethischem Selbstbewußtsein bildet auch den Rahmen des sensitiven Charakters selbst. **Charakter, Milieu und Erlebnis heißt also die Trias, die sich gegenseitig kumulierend hier den sensitiven Beziehungswahn erzeugt. Sie sind die direkten, psychologisch wirkenden Haupt-**

ursachen, hinter denen als entfernterer, aber bedeutsamer Hintergrund biologische Gesetzmäßigkeiten: erbliche Belastung, körperlich nervöse Insuffizienz, zirkuläre Disposition, klimakterielle Gemütsverschiebungen hervortreten, so wie hinter allen scheinbar freien psychologischen Entwicklungen des Seelenlebens die biologischen Gesetze des nervösen Einzelorganismus als festes Schicksal stehen.

Viertes Kapitel.

Der Masturbantenwahn.

Die Neigung mancher Sexualneurastheniker zur Eigenbeziehung ist dem praktischen Nervenarzt wohlbekannt. So bemerkt Friedmann („Über den Wahn") gelegentlich: „Die meisten sexuell Neurasthenischen, namentlich aber die Masturbanten darunter, wissen sich oft ungeachtet aller gegenteiligen Versicherung nicht von der Idee freizumachen, daß man ihnen ihr Leiden von der Stirn ablese, es ihnen ansehe und sie das fühlen lasse."

An diese Tatsache anknüpfend werden wir an unserem Krankenmaterial zeigen können, daß nicht nur leichte Beziehungsgefühle als Nebenbefund bei Sexualneurasthenikern sich finden können, sondern daß auf derselben Grundlage auch selbständige Beziehungsneurosen, ja schwere paranoische Psychosen sich zu entwickeln vermögen. Alle Übergänge von jenen leichtesten bis zu den schwersten Formen sind gegeben, und die gemeinsame Grundlage des sensitiven Charakters wird nach dessen genauer Analyse im vorigen Kapitel leicht zu erkennen sein.

Als Paradigma für den Masturbantenwahn überhaupt kann der Fall des Lokomotivführers Bruhn dienen. Ein junger Mann von lebhaftem erotischem Empfinden, aber viel zu schüchtern und ungelenk für den Umgang mit Mädchen, verfällt frühzeitig auf starke Masturbation, gegen die er mit den größten Gewissensbissen vergebens ankämpft. Dieser ganz geheimgehaltene Kampf beherrscht mit zunehmendem Lebensalter sein ganzes Gemütsleben. Er wird besonders durch die Lektüre einer populären Aufklärungsschrift verschärft. Seine Stellung zur Umwelt verfälscht sich durch und durch, indem sie nur noch unter dem einen Gesichtspunkt steht. Aus schwerer, anhaltender Gemütsdepression und massenhaften, hypochondrischen Befürchtungen entwickelt sich ein intensiver Beziehungs- und Beachtungswahn. Die Psychose gipfelt in einem Selbstmordversuch und nimmt nach gründlicher ärztlicher Aussprache und Versetzung in eine andere Umgebung alsbald eine günstige Wendung. Die seelischen Veränderungen hatten sich seit der Pubertät im Verlauf von etwa 10 Jahren allmählich entwickelt; die eigentliche Blütezeit der Psychose scheint nicht ganz ein Jahr gedauert zu haben.

Der Charakter dieses Bruhn bildet das genaue männliche Gegenstück zu den sensitiven Mädchentypen des letzten Kapitels. Er zeigt wieder die ungewöhnliche Schüchternheit, die Tiefe und Weichheit des Gemüts und die strenge Verschlossenheit des Gefühlslebens mit den langen Verhal-

tungen. Er ist in seinen ethischen Anschauungen so pedantisch solid und so skrupelhaft gediegen, wie es nur ein Sensitivneurotiker sein kann. Berufstüchtigkeit und gespannter, empfindlicher Ehrgeiz machen das Bild vollständig. Interesse und Bildungstrieb sind genau wie bei Helene Renner über die Durchschnittsstufe des Standes gehoben. Einzelzüge, wie die reaktive Depression beim Tod der Mutter, wiederholen sich hier wörtlich.

Das Erlebnis, das diesen Charakter erkranken macht, ist das Seitenstück zu der heimlichen, umsonst bekämpften Liebesleidenschaft sensitiver Mädchen: das immer erneute Gefühl beschämender Insuffizienz, wie es der vergebliche Kampf einer skrupulösen Ethik gegen den unüberwindlichen Naturtrieb bedingt.

Es ist interessant zu sehen, daß hier wie dort der Konflikt sich nicht rein individualethisch herausbildet, sondern daß feststehende moralische Anschauungen der Gesellschaft, als fertige Fremdsuggestionen aufgenommen, das Unglück herbeiführen. Jedesmal ist es bei den Masturbanten die populäre Aufklärungsbroschüre, die die psychische Entgleisung vollends auslöst. Wie verfehlt die überspannten landläufigen Anschauungen über die gesundheitliche und moralische Bedeutung der Masturbation wirken können, ist von den Nervenärzten schon längere Zeit erkannt. Kräftige Menschen überwinden kämpfend die Reibungen, die schiefe Allgemeinurteile für den individuellen ethischen Gefühlsablauf bedingen; banale Naturen werden ihrer kaum gewahr. Der sensitive Charakter aber gleicht einem überfeinen Uhrwerk, dem der kleinste Fremdkörper genügt, es zu verwirren. Hier, wie in dem Liebeskonflikt jener Mädchen, zeigt uns die Entgleisung des sensitiven Seelenlebens den Punkt an, wo an dem Bau unserer herrschenden Ethik eine Härte geblieben ist, eine unausgeglichene Ecke, an der der gewöhnliche Mensch hundertmal vorbeigleitet, während der empfindliche sich beim erstenmal daran stößt.

Fall 6. Wilhelm Bruhn, geboren 6. Juli 1883 in Westfalen, Lokomotivführer an einer schwäbischen Kleinbahn, wurde am 29. Februar 1912 von seinem Bruder Justus nach Tübingen in die Klinik geleitet, weil er sich, wie der Bruder sogleich erzählte, in der Nacht vom 22. zum 23. Februar den Unterarm durchschnitten hatte. Seit einem Jahr, berichtete Justus weiter, habe sein Bruder den Wunsch geäußert, seine Stellung und das Städtchen N. zu verlassen, weil er es in dieser Umgebung nicht mehr aushalten könne; man werfe ihm bei jeder Kleinigkeit vor, er arbeite nicht, er sei ein Faulenzer. Der Familie fiel das nicht auf, weil in dem kleinen Ort viel geklatscht wurde, und man auch selbst darunter zu leiden hatte. Doch überredete man ihn zu bleiben. Er beklagte sich mehr und mehr, daß Schlechtes über ihn gesprochen werde, stellte auch wiederholt einzelne Personen zur Rede, die aber versicherten, daß sie nicht wüßten, was er von ihnen wolle. Im November 1911 bezog er eine eigene Wohnung, während er bisher mit Bruder und Schwägerin zusammengelebt hatte. Es hatte Mißhelligkeiten mit der Schwägerin gegeben, und der Patient behauptete, man könnte mit den beiden nicht verkehren, sie wären hochmütig. Die letzten Monate konnte man ihn deshalb wenig beobachten, weil er nicht mehr in die Familie kam; suchte man ihn auf, so traf man ihn immer beim Lesen. Er hatte für vieles Interesse, z. B. las er naturwissenschaftliche Bücher von Bölsche, Schillers

Werke, auch viele technische Bücher. Im übrigen war nichts Auffälliges in seinem Wesen; auch nach dem Selbstmordversuch habe er sich ganz vernünftig benommen, und man habe es vermieden, mit ihm darüber zu sprechen. Der Bruder schilderte den Patienten als mittelmäßig in der Schule, aber sehr begabt in technischen Arbeiten, ruhig, gegen Fremde zurückgezogen, ohne ein Sonderling zu sein, dagegen in Haus und Familie sich wohl fühlend, als Freund von Büchern und gleichbleibend fleißig, sparsam und mäßig. Die ganze Familie lebe, weil protestantisch und aus Preußen eingewandert, zurückgezogen und passe nicht ganz in die schwäbisch-katholische Umgebung. Von Geisteskrankheiten in der Verwandtschaft ist nichts bekannt.

Nachdem er in die Klinik aufgenommen war, erzählte der Kranke selbst noch genauer, daß er in seiner Jugend ein ängstliches Kind gewesen sei und an Pavor und Enurese gelitten habe. In der Schule fiel ihm das Lernen nicht leicht. Zu Hause konnte er besser rechnen als in der Schule, wo er nicht rasch begriff. Fragte ihn der Lehrer, so konnte er nur zweifelnd antworten, weil er sich nichts zutraute und sich in seinem Gedächtnis unsicher fühlte. Mit Kameraden und Geschwistern spielte er gern. Nachher, als er das Schlosserhandwerk erlernte, arbeitete er fleißig, mit Freude an seinem Beruf, pflegte auch Freundschaft, jedoch nur mit ernsten, nicht mit liederlichen, jungen Leuten. Statt ins Wirtshaus zu gehen, zogen sie es am Sonntag vor, Ausflüge zu machen. Seine Schüchternheit machte ihn in Gesellschaft befangen und störte ihn besonders im Verkehr mit Vorgesetzten, mit denen er stets unsicher und nie so frei wie andere sprechen konnte. Er empfand diese Eigentümlichkeit als etwas ihn Zurücksetzendes in den Augen der anderen Leute. Er war dabei sehr ehrgeizig: „Ich hatte immer das Bestreben, mehr zu können als die anderen."

Nach seiner Lehrzeit fuhr er drei Jahre als Heizer auf der Lokomotive, in freundschaftlichem Verhältnis mit seinem vorgesetzten Lokomotivführer, und wurde dann zum Militär eingezogen. Hier wollte er es gern zum Gefreiten bringen, was ihm trotz vielen Strebens nicht gelang; er hatte einmal eine dreitägige Arreststrafe wegen Rekrutenmißhandlung. Nachher, als er in N. als Lokomotivführer angestellt worden war, lebte er jahrelang in ungetrübten dienstlichen Beziehungen, mäßig und sparsam und wurde von den Kollegen wegen seines pedantisch-soliden und stillen Wesens vielfach geneckt, ohne darüber böse zu werden. Er wohnte im Elternhaus, bis im Jahre 1909 die Mutter starb. Ihr Tod sei für sein Gemütsleben von großer Bedeutung gewesen, weil er sehr an ihr gehängt war und ihren Verlust besonders schwer empfand. Er habe damals viel geweint und sei seither verschlossener als früher und oft schweren Muts gewesen. Das Elternhaus wurde aufgelöst, und Vater und Sohn zogen in das Haus des verheirateten Bruders des Patienten.

Erst nach längerer Unterhaltung aber gestand der Kranke dem aufnehmenden Arzt mühsam und in der schmerzhaftesten Erregung, was ihm den eigentlichen Grund seines seelischen Leidens bilde. Er masturbiere seit dem 10. Lebensjahr, und zwar anfangs ohne andere Bedenken als die Furcht vor Strafe. Erst mit etwa 19 Jahren habe er begonnen, die Masturbation als schweres Laster zu empfinden. Er spürte innerlich, daß sie „gegen alle Gesetze" gehe. Die Kollegen spotteten über solche Leute, und er lebte in der Angst, von ihnen

entdeckt zu werden. Da er seine Angewohnheit als ein Verbrechen gegen natürliche und göttliche Gebote empfand, so litt er aufs schwerste darunter. Er ging als ein sehr religiöser Mensch oft zur Kirche und betete dort inbrünstig, Gott möge ihn von seinem Laster befreien. Er kämpfte dagegen mit immer neuen Mitteln; er tat schwere Körperarbeit, um sich zu ermüden, er zwang sich, an seinen Dienst, an unangenehme Dinge zu denken.

Noch schlimmer wurde sein Zustand, als er mit 23 Jahren ein populäres Buch zu lesen bekam, aus dem er sich als Folgen seines Lasters Irrsinn, Gedächtnisschwund, Rückenmarksauszehrung, den Ruin der Nerven und des ganzen Körpers einprägte; eine Menge hypochondrischer Beschwerden quälten ihn nun. In den letzten drei Jahren vor seiner Aufnahme ist es dem Patienten, wie er behauptet, gelungen, seiner Onanie Herr zu werden, doch litt er viel an Pollutionen, die schwer deprimierend auf ihn wirkten. Verschlimmert wurde sein Geisteszustand, wie erwähnt, seit dem Tod seiner Mutter und der Auflösung des Elternhauses im Jahre 1909.

Es bestärkte sich in ihm immer mehr der Glaube an seine eigene Minderwertigkeit; er habe geglaubt, daß die anderen Leute ihm weit überlegen seien, daß sie ihm sein Laster, seine moralische und körperliche Zerrüttung ansehen könnten, und zwar besonders an Tagen, nachdem er masturbiert hatte. Sein bisher harmloses Verhältnis zu den Kollegen schien ihm allmählich gespannt zu werden; offenbar kannte man seine Verirrung nachgerade allgemein; wohin er kam, begegneten ihm neugierige Blicke. Einmal hörte er in seiner Gegenwart sagen: „Das ist der Lokomotivführer von der N . . .schen Bahn." Sein Mißtrauen richtete sich vor allem gegen einzelne seiner nächsten Kollegen, die sich schon früher der Familie Bruhn gegenüber unfreundlich gestellt hatten. Es fiel ihm auf, daß sie ihn nicht grüßten, wenn sie an seiner Lokomotive vorbeigingen, daß sie höhnisch lächelten; er dachte sich, daß ihn diese vielleicht könnten in der Leute Mund gebracht haben. Vor der Abfahrt prüfte er peinlich seine Maschine, ob ihm nicht jemand einen Schabernack daran gespielt habe. Besonders sein Heizer, mit dem er ständig zusammen war, schien es auf ihn abgesehen zu haben und allmählich so sehr, daß er ihm zu Anfang Januar 1912 mehrfach, während sie in der Vorhalle zusammen arbeiteten, unauffällig halblaut das Wort „Wichser" nachrief. Endlich riß Bruhn die Geduld, er packte den Heizer am Arbeitskittel, schüttelte ihn so heftig, daß sie beide hinfielen, und schrie: „Ich werde dir zeigen, was ich bin." Vor der Staatsanwaltschaft versicherte der Patient, er hätte das Wort mehrfach gehört, und weil keine Zeugen vorhanden waren, wurde das Verfahren gegen ihn eingestellt.

Seither hörte er keine Beleidigung mehr; dagegen hatte er abends in seinem Zimmer das Gefühl des Belauschtwerdens. Es klopfte auch einmal jemand an seinem Fenster im Erdgeschoß, und wie er hinausblickte, sah er auf der Straße einen Mann, der sich rasch entfernte. Seither war er der festen Überzeugung, daß er von seinen Kollegen wegen seiner Onanie belauscht werde. Im Februar 1912 bemerkte er auch Veränderungen an seinem Kofferschloß, der Schlüsseldorn schien ihm frisch vernietet, auch zeigte die Innenseite des Schlosses frische Vertiefungen, wie von starken Hammerschlägen; dagegen bemerkte er innen im Koffer nur eine geringe Unordnung in den Büchern; er glaubte, daß die Kollegen nach „verbotenen" Büchern über Onanie bei ihm gestöbert hätten. Seit der Zeit ver-

schloß er auch seinen Wäschekorb für den Fall, daß man in seiner Abwesenheit seine Wäsche auf Spermaflecken untersuchen wollte.

Alle diese Erlebnisse fielen in die letzte Zeit vor seiner Aufnahme, seit er nach der Veruneinigung mit seiner Familie im Juni 1911 für sich allein lebte. Bei seinem häuslichen Wesen und als großer Kinderfreund hatte er sich im Hause der Eltern und später des verheirateten Bruders so heimisch gefühlt, daß er, abgesehen von seiner Militärzeit, noch nie von seiner Familie sich entfernt hatte. Selbst zu heiraten hinderte ihn seine ungewöhnliche Blödigkeit den Frauen gegenüber. Wenn er ein Mädchen ansprechen wollte, stieg ihm die Röte ins Gesicht, er saß stumm und voller Unruhe da, ohne den geringsten Gedanken finden zu können. Er hatte ein einziges Mal in seinem Leben eine Liebschaft gehabt, die nach drei Wochen zu Ende war, weil er beim dritten Stelldichein sich zuviel herausnehmen wollte, worauf ihm das entrüstete Mädchen seine Freundschaft kündigte. Bruhn nahm sich diese Zurückweisung so sehr zu Herzen, daß er noch in der Klinik, als er das Erlebnis erzählte, in großen seelischen Aufruhr kam. Weiterhin glaubte er, sich erst von der Onanie befreien zu müssen, ehe er heiraten könnte, weil er sonst sein Laster auf seine Kinder übertrüge.

Die Vorkommnisse, die im Sommer 1911 zu seinem Wegzug von der Familie des Bruders führten, dem aufnehmenden Arzte zu erzählen, machte dem Kranken gleichfalls die größte Pein; nach verschiedenen ausweichenden Antworten gestand er endlich unter Tränen, daß er seiner Schwägerin einen unsittlichen Antrag gemacht habe, weil er glaubte, aus ihrem Verhalten gegen ihn die Aufforderung zu einem Verhältnis entnehmen zu können. Jede unabsichtliche Berührung von ihr mit Fuß oder Hand hatte er so lange als Liebeszeichen gedeutet, bis er sich eines Tages mit einer deutlichen Bitte an sie heranwagte. Sie wies ihn verlegen und ernsthaft ab, worauf er sie beschämt um Verzeihung bat und sie Verschwiegenheit auch ihrem Manne gegenüber versprechen ließ. Doch schenkte er ihr hierin keinen Glauben und hatte sich bald überzeugt, daß sein Bruder alles wisse, wie er denn einmal aus einer Unterhaltung der beiden den Satz heraushörte: „Der läßt sich nichts anmerken." Seither entfremdete er sich ihnen und benutzte bald darauf einen kleinen Wortstreit als Anlaß, auszuziehen.

Von da an fühlte er sich von allen verlassen und verstoßen, und sein Mißtrauen auch gegen die Kollegen wuchs jetzt in der von ihm oben geschilderten Weise. Er erzählt, wie er sich nun manchmal in seiner Einsamkeit und Niedergeschlagenheit betrunken habe, um seine traurigen Gedanken niederzuhalten. Am 22. Februar 1912 faßte er den festen Entschluß, seinem qualvollen und aussichtslosen Leben ein Ende zu machen. Er holte sein Sparbuch und seine Bücher und brachte sie in die Wohnung seines Bruders, wo er sie diesem und seinem Vater anvertraute. Er bat dann seinen Bruder um einen Revolver, man habe ihm aber sofort angesehen, was er im Sinn habe und ihn nicht wollen nach Hause gehen lassen. Als er seine Verwandten dann doch überredet hatte, ihn wegzulassen, ging er in seine Wohnung und legte sich sofort zu Bett, ohne Schlaf finden zu können. Er stand auf und überlegte sich im Aufundabgehen nochmals reiflich, was er von seiner Zukunft zu erwarten habe. Auch in einer neuen Stellung, dachte er, wird es ihm nicht besser gehen: überall wird man ihm die Onanie

ansehen, überall wird ihn bloß Verachtung treffen. Er legte sich zu Bett und schnitt sich kurz entschlossen mit dem Taschenmesser ins linke Handgelenk ein. Wie er das Blut rieseln sah, sei ihm ohnmächtig geworden, und erst nach etwa einer halben Stunde sei er wieder aufgewacht. Die Wunde blutete nicht mehr. In diesem Augenblick überkam ihn ein glückliches Gefühl, daß er noch am Leben sei. Er sah sofort die Dummheit seines Selbstmordversuchs ein, er kleidete sich rasch an, und es drängte ihn, trotz der späten Stunde seinen Bruder aufzusuchen. Das Spannungsgefühl, das bisher so schwer auf ihm gelastet hatte, sei verschwunden gewesen. Die Wunde wurde beim Bruder verbunden, und er blieb von dem Augenblick an in seinem Hause. Die Angehörigen nahmen ihn auf, als wäre nichts geschehen, man war mehr fröhlicher als gedrückter Stimmung, und sie sprachen viel miteinander über seine Zukunft.

Nachdem der Kranke am 29. Februar 1912 in dieser Weise dem aufnehmenden Arzt seine ganze Lebensgeschichte erzählt hatte, besprach er verständig die Frage seines künftigen Berufs, weil er durch seinen Selbstmordversuch sich als Lokomotivführer unmöglich gemacht habe; doch hoffte er in einer minder verantwortlichen Stellung bald sein Brot verdienen zu können. In den ersten Tagen seines Aufenthalts in der Klinik war er meist, doch nicht dauernd, gedrückter Stimmung, war zurückhaltend gegen andere Kranke, las viel und weinte zuweilen. Sein Verhalten war dabei ganz natürlich, die körperliche Untersuchung ergab nichts von Belang. Schon Mitte März 1912 war seine Stimmung dauernd gut geworden; in der Unterhaltung war er wortkarg, doch freundlich. Während seines ganzen Aufenthalts bildete er keine krankhaften Vorstellungen, hatte keine Selbstmordabsichten mehr und zeigte in seinem Wesen überhaupt nichts Psychotisches. Er verlangte jetzt energisch nach Hause, da er sich vollkommen wohl fühlte, und wurde am 20. März 1912 entlassen. Inwieweit er seine früheren Wahnvorstellungen korrigiert hatte, geht aus der Krankengeschichte nicht im einzelnen hervor; daß dies jedenfalls nicht vollständig der Fall war, scheint in der Tatsache enthalten, daß er nur gegen Revers des Vaters entlassen wurde.

Wir geben zu dieser psychopathischen Lebensgeschichte sogleich noch ein Seitenstück aus bäuerlicher Umgebung.

Fall 7. Bernhard Brenner, Bauer und Drechsler, geboren 30. Oktober 1883, wurde am 26. IX. 1913 von seinem Vater auf die Klinik in Tübingen gebracht. Schon vorher war er einmal vom Rechtsanwalt hergeschickt worden, bei dem er sich erkundigt hatte, ob er bestraft werde, weil er vor 3 Jahren beim Onanieren gesehen worden sei. — Ein Bruder des Vaters soll an einer chronischen Geisteskrankheit mit Größenideen gelitten haben, dabei aber immer berufsfähig geblieben sein.

Der Kranke war recht niedergeschlagen, in unbehaglicher Stimmung, oftmals den Tränen nahe. Er erzählte ruhig und freundlich, wobei er in seiner linkischen Art seine hauptsächlichen inneren Erlebnisse über mehrere Unterredungen zurückbehielt. Der äußere Gang der Ereignisse ist vom Vater bestätigt. Er sei von Jugend auf ein weicher, schwernehmender, ängstlicher Mensch gewesen; schon in der Schule sei er aus Mangel an Mut allen Händeln aus dem Weg gegangen; bei geringem Anlaß seien ihm die Tränen gekommen. Dabei habe er in der Schule ganz ordentlich gelernt, auch später seinen Beruf gut ver-

standen. Ein Gefühl ängstlichen Unbehagens überfalle ihn häufig inmitten größerer Menschenmengen oder wenn er von Brücken in ein großes Wasser sehe. Er sei von Hause aus nicht mißtrauisch, auch nicht zu anhaltenden Gemütsverstimmungen geneigt gewesen. Aber bei seiner Schüchternheit sei er auch als junger Bursche wenig unter die Leute und nur dann und wann mit den Kameraden am Sonntagabend ins Wirtshaus gegangen. Es fehlte ihm die Courage, deshalb sei er bis heute noch nicht zum Heiraten gekommen, wie er überhaupt kaum einmal mit einem Mädchen Verkehr gehabt habe.

Es mögen nun etwa 8 Jahre her sein, da habe er gern ein Mädchen haben wollen. Damals habe er zuerst ein ernstliches Mißtrauen gegen die Leute gefaßt. Sie habe ihm eines Tages abgeschrieben, weil ihre Eltern dagegen wären; das habe ihm damals sehr weh getan. Er habe nicht anders glauben können (und könne es auch jetzt noch nicht), als daß die Leute vom Dorf ihn hintenherum bei dem Mädchen und ihren Eltern verschwatzt haben müßten. Einen Beweis könne er aber nicht dafür bringen; zuletzt habe er die Sache auf sich beruhen lassen.

Als er dann, so erzählt Brenner weiter, vor etwa 3 Jahren ein Heft über die Onanie in die Hand bekam, in dem gedruckt zu lesen war, daß diese das Allerschlimmste sei und daß sie Leib und Seele vollständig ruiniere, da verfiel er in neue schwere Beunruhigung. Er hatte seit dem 14. Lebensjahr, und zwar ziemlich stark, masturbiert, seit Jahren mit keinem Weib Verkehr gehabt und neuerdings an häufigen Pollutionen, zuweilen auch an Defäkationsspermatorrhöe zu leiden. Seit der Lektüre der erwähnten populären Schrift nun begann er sich die schlimmsten Vorwürfe zu machen, indem er glaubte, sich schwer versündigt und seine Gesundheit untergraben zu haben. Und jetzt kam ihm der Gedanke, jemand könnte ihn einmal beim Masturbieren gesehen haben, er sei in der Leute Mund und könnte wegen Erregung öffentlichen Ärgernisses, wie er sich dachte, mit einer Gefängnisstrafe von mindestens 6 Monaten gerichtlich belangt werden. Dieser Gedanke wurde ihm immer mehr zur Gewißheit. Wenn er schon früher sich befangen gefühlt hatte, wenn er über die Straße ging, so hatte er jetzt die peinliche Vorstellung, die Leute, wenn sie im Gespräch beisammen standen, redeten nichts anderes als von ihm und von seiner Sache. Aus jedem halbaufgefangenen Wort hörte er's heraus: „Diesmal kommt er 'rein", „so oder so" und dergleichen. Ins Gesicht hat's ihm nie jemand gesagt, alles hintenherum. Im Lauf der Zeit traten ihm auch diese Erlebnisse wieder in den Hintergrund, er habe „nicht mehr so daran gedacht" und ging wie ein anderer seiner Arbeit nach. Die Selbstvorwürfe wegen der Onanie und die ängstliche Beobachtung seines körperlichen Zustandes, besonders der Genitalstörungen, setzte er weiter fort, auch das Mißtrauen gegen die Leute verlor er nicht.

Im Frühjahr 1913 nun glaubte er eines Sonntagabends in der Betrunkenheit über eine Nachbarsfrau geschimpft zu haben; und zwar habe er deshalb geschimpft, weil sie über sein früheres Onanieren gesprochen habe. Von da ab fiel er aufs neue in schwere Beunruhigung, indem er der Ansicht war, diese werde ihn wegen Beleidigung verklagen, und dann komme er nach Rottenburg ins Zuchthaus. Kurz darauf bemerkte er auch wieder, wie die Leute auf der Straße zusammenstanden und über ihn sprachen; das halbe Dorf müßte sein Schimpfen gehört haben, und die könnten alle als Zeugen gegen

ihn auftreten. Auch über seine Masturbation sprach man wieder wie früher. Allerdings schenkte er seinen Freunden Glauben, wenn sie zu ihm kamen und ihm versicherten, daß niemand gegen ihn rede und daß alles ein Wahn sei; aber am nächsten Morgen mußte er wieder alle seine Gedanken glauben, wie vorher. Darüber sei er immer mehr ins „Studieren" hineingekommen, habe den ganzen Tag bei der Arbeit nachgedacht und sei abends oft ganz erregt davon gewesen.

Auch der Vater des Patienten bestätigt, daß dieser seit Frühjahr 1913 anders geworden sei und vielfach die erwähnten Vorstellungen geäußert habe. „Er schläft wenig, grübelt an der Sache herum, seufzt und stöhnt." Tagsüber hat er immer „studiert", war mit dem Kopf nicht bei der Arbeit, wenn er auch fleißig und geordnet war. Abends setzte er sich hastig zum Essen und tat erregte Äußerungen: „Wenn ich ins Zuchthaus komme, die sind schuldig, die mich verklagt haben." „Ich bleibe nimmer da, ich will fort nach Amerika" und dergleichen. Meist war er traurig. Daß er Stimmen gehört hätte, hat man nie bemerkt. Seine vermeintlichen Widersacher stellte er nie zur Rede; händelsüchtig ist er gar nicht. Mit vereinzelten Ausnahmen hat er immer nur ganz wenig getrunken.

Während des Aufenthalts in der Klinik (26. IX.—17. XI. 1913) war Brenner von stillem, schüchternem Wesen; er antwortete freundlich und hatte nie etwas zu klagen. Seine Befürchtungen, von denen er nichts aufgegeben hatte, brachte er nicht mit unfehlbarer Sicherheit vor, sondern meinte, er könne diese Dinge nicht aus dem Kopf bringen, er könne nicht glauben, daß sie nicht wahr seien. Wenn man ihm widersprach, lächelte er gutmütig, aber ungläubig. In Benehmen und Ausdrucksweise war er von vollkommener Natürlichkeit, körperlich blühend und gesund. In den ersten Wochen fühlte er sich im Schutz der Klinik entschieden wohler und von außen unbehelligt. Bald aber begann er auch hier das Lachen der Kameraden, Redewendungen der Wärter, die er beim Vorbeigehen an der Spülküche auffing, Gespräche der Ärzte über eine forensische Begutachtung im Sinne seiner Onanie und seiner gerichtlichen Bestrafung auf sich zu beziehen; stets handelte es sich dabei um Mißdeutung wirklich gefallener Äußerungen. Er glaubte, man „gehe hinter ihm um", die Klinik wolle ihn ins Gefängnis bringen und im Krankenblatt werde Material dafür gesammelt. Seither sah man ihn oft in gedrückter, verschlossener Stimmung; und wenn er auf seine Gedanken zu reden kam, wurde er bis zu Tränen unglücklich und erregt: Er wünschte, er wäre bei der Geburt gestorben, er wäre im ersten Bad ersoffen oder er wachte eines Morgens nimmer auf. Eines Nachts, am 17. November 1913, war er aus der Klinik ausgestiegen und nach Hause entwichen. Der Vater meldete, daß er gut dort angekommen sei. Einen Monat später zeigte sich der Kranke noch einmal freiwillig auf der Klinik und bat um ein Zeugnis, daß ihm der Landjäger nichts anhaben dürfe.

Katamnese, im Juli 1917 vom Vater abgegeben: Es geht dem Patienten jetzt ganz ordentlich. Er hat Krankheitseinsicht für die in der Klinik durchgemachte Psychose, neue Wahnideen sind seither nicht mehr aufgetreten. Er hat die Ärzte der Klinik in freundlicher Erinnerung und sendet ihnen Honig zum Geschenk. Im väterlichen Geschäft arbeitet er fleißig, sogar hastig, so daß man ihn öfters abmahnen muß; seine Arbeit ist so gut wie früher. Sein Verstand ist stets klar, sein Benehmen geordnet. Ausgesprochen depressive Züge,

Lebensüberdruß u. dgl. sind nie mehr hervorgetreten. Eine Zeitlang hatte er noch Mißtrauen gegen bestimmte Personen, das aber dann verschwand; dagegen zeigt er noch eine gewisse Ängstlichkeit, wenn er einen Landjäger erblickt; auch sieht man ihn zuweilen sinnieren, wenn er allein in der Werkstatt ist. Er neigt überhaupt zur Ängstlichkeit, doch ist er auch manchmal ganz heiter. Sein Wesen und Charakter sind so geblieben, wie sie von Jugend auf waren; er ist ein guter, schüchterner, zaghafter Mensch, allerdings leicht reizbar, dabei aber doch friedfertig, so daß er mit der Familie und den Nachbarn in bestem Einvernehmen lebt. Er tut jedermann gern einen Gefallen und ist sehr solid und anstellig. Er lebt allein bei seinen Eltern, deren Hof er später übernehmen soll; Heiratsgedanken hat er keine mehr.

Die Psychose Brenners entspricht wie die Bruhns im ganzen dem chronischen, einfach paranoischen Verlaufstyp, doch gliedert sie sich durch Erlebniswirkungen in gut voneinander abgesetzte Einzelschübe. Ein kleines Vorspiel von krankhaftem Mißtrauen, durch eine mißglückte Werbung hervorgerufen, leitet 5 Jahre voraus die Erkrankung ein. Die Lektüre einer populären Schrift bringt dann den Masturbantenwahn in seiner charakteristischen Mischung von Hypochondrie und Eigenbeziehung zum vollen Ausbruch. Er mildert sich unter dem Einfluß der Zeit, um nach einem ungeschickten, in der Betrunkenheit gefallenen Wort noch einmal heftig aufzuflackern. Der Endausgang ist nach 3jähriger Dauer derselbe wie bei anderen, katamnestisch zugänglichen Fällen: relative Heilung mit Berufstätigkeit und befriedigender Krankheitseinsicht; der spätere psychische Zustand zeigt die früheren psychopathischen Wesenszüge etwas vertieft und mit einzelnen Nachklängen der Psychose durchsetzt. Die Quellen über das Charakterbild Brenners sind wenig reichhaltig, doch scheint die asthenische Komponente, eine außerordentliche Weichheit und Schüchternheit, ein Mangel an Lebenstapferkeit, jedoch bei entschiedener Lebenstüchtigkeit, vorzuherrschen.

Man beachte, wie bei Bruhn und Brenner in inniger psychologischer Verbindung mit dem sensitiven Beziehungswahn noch besondere krankhafte Vorstellungsgruppen auftreten, die gewissen Typen der Kraepelinschen Paranoia nahestehen. Bei Bruhn schiebt sich in die sensitive Psychose eine Phase „erotischer Verrücktheit", ein Liebeswahn gegenüber der Schwägerin ein, der keinen direkten Ursprung in dem Gefühl der beschämenden Insuffizienz hat, vielmehr dem stillen Wunsch eines grübelnden Träumers entspringt, der innerlich unter seiner Vereinsamung und Ehelosigkeit leidet. Wir werden auf diese Wunschpsychosen und ihr Verhältnis zum sensitiven Beziehungswahn im Schlußkapitel ausführlich zurückkommen. Brenner dagegen (übrigens in flüchtiger Art auch Helene Renner) baut aus seinen Beziehungsideen einen ziemlich festen, systematisierten und bis heute noch nicht ganz überwundenen Verfolgungswahn heraus, indem er Landjäger und Gerichte wegen Erregung öffentlichen Ärgernisses und Beleidigung hinter sich glaubt und schwere Gefängnisstrafen vor sich sieht. Diese sensitive Variante des Verfolgungswahns unterscheidet sich von dem Verfolgungswahn des Kampfneurotikers und der primitiv-expansiven Charaktermischungen wieder durch das bezeichnende Gefühl der eigenen Verschuldung.

Die beiden Fälle Bruhn und Brenner haben ein Bild von schweren paranoischen Psychosen gegeben, die sich auf Grund der sensitiven Charakter-

anlage aus den Gewissensbissen der Masturbanten entwickeln können. Die beiden folgenden Fälle dagegen sollen nun die Übergangsstufen zeigen von diesen voll entwickelten Geisteskrankheiten, bis zu den eingangs erwähnten leichten Beziehungsgefühlen einfacher Sexualneurastheniker.

Fall 8. Anton Käfer, geboren 6. Oktober 1885, Kupferschmied. Er ist der Sohn eines jähzornigen Trinkers, ein Bruder ist schwächlich, unbegabt und reizbar, eine Schwester erregbar und von ernsthaftem Wesen. Ein Vatersbruder und ein Geschwisterkind seien im Kopf nicht recht. Käfer hat in der Schule nur mittelmäßig gelernt, er war schüchtern, stotterte und war ein ruhiges, ernsthaftes Kind. Er war viel für sich, weil er von den Kameraden gern gehänselt wurde. Später sei er ein fleißiger, solider Mensch gewesen, der von seinen Meistern gute Zeugnisse bekam.

Über diesen Mann kam am 14. IX. 1909 in der Nervenklinik Tübingen folgendes Zeugnis seines Ortsarztes an:

„Käfer, Anton, Schlosser von hier, bedarf dringend des Aufenthaltes in einer Anstalt. Derselbe steht seit einigen Jahren wegen sexueller Störungen und Neurasthenie in brieflicher Behandlung eines gewissenlosen, allerdings anscheinend von Ärzten geleiteten Sanatoriums S. in G. Nun ist der Leiter des Instituts gestorben, der Patient wird aber schon wieder von den Nachfolgern des berühmten Dr. X. zur Fortsetzung der Kur aufgefordert. Das abergläubische Vertrauen des Patienten zu seinem bisherigen Helfer war nicht zu erschüttern, nun habe ich ihn so weit gebracht, in einer Nervenklinik im Lande es zu versuchen, anstatt, wie er beabsichtigte, nach G. zu reisen. Käfer ist 23 Jahre alt, früher intensiver Masturbant, der an Samenfluß, Ejaculatio praematura und ähnlichen Beschwerden leidet. Diese Erscheinungen beherrschen zur Zeit das ganze Vorstellungsleben des Käfer. Zu diesen sexuellen Störungen treten seit einiger Zeit immer deutlichere Abnormitäten des intellektuellen und gemütlichen Lebens. Er fährt z. B. nicht mit der Straßenbahn nach Hause, weil er deutlich an den Mienen der anderen sieht, was sie über ihn denken. Er glaubt sich wegen seines (sexuell abnormen) Zustandes unausgesetzt beobachtet und schließlich hintangesetzt. Mit Rücksicht auf diese verharrenden Wirkungen der sexuell neurasthenischen Erscheinungen auf die gesamten Ideen des Kranken halte ich die Aufnahme . . . usw.

Hochachtungsvollst ergebener Dr. V."

Der Kranke, der schon in den Monaten vorher sich wiederholt geweigert hatte, in die Klinik zu gehen, verschlimmerte sich in den Tagen vor der ihm zugesagten Aufnahme in seinem Zustand. Er war aufgeregt, hatte Angst und meinte, er müsse zugrunde gehen. Der Sanatoriumsarzt in G. werde ihn ins Unglück stürzen. Er glaubte, Spermageruch an sich zu riechen, hatte „verlogene Gedanken" (wie er sich später ausdrückt) im Kopf, er sei geschlechtskrank, bekomme die galoppierende Schwindsucht. Er war unlustig zur Arbeit, fühlte sich unwohl, mußte verlegen vor sich hinlächeln. Er bemerkte, daß man sich von ihm zurückzog, daß die Kameraden über ihn lachten und über seinen sexuellen Zustand spotteten. Im Geschäft machte er gegen seine sonstige Gewohnheit immer wieder Fehler, er konnte nicht behalten, was der Werkführer ihm erklärte. Am 16. IX. nachmittags blieb er zu Hause, er fühlte sich ver-

wirrt im Kopf, er wußte nicht, was mit ihm los sei, er mußte „lauter dummes Zeug" denken (in der oben geschilderten Art); am nächsten Morgen blieb er bis Mittag zu Bett; er hatte den Eindruck, als wollten die Angehörigen prüfen, ob er recht im Kopfe sei. Es war ihm taub und schwer im Kopf.

Bei seiner Aufnahme in die Klinik am 20. IX. 1909 gab er über all diese Dinge und über seine ganze Vorgeschichte genaue, sinnvolle Auskunft. Er schilderte, wie er sich etwa seit dem 18. Lebensjahre über nächtliche Pollutionen und vorzeitige Ejakulation Sorge gemacht habe, über gelegentliche Defäkationsspermatorrhöe in große Aufregung geraten sei, allmählich Kopfschmerzen, Schwächegefühl, Müdigkeit gespürt habe. Er sei von einem Arzt zum anderen gegangen, habe zuletzt eine Broschüre über Rückenmarksleiden in die Hand bekommen und sei durch den Fragebogen, den diese enthielt, endlich in die briefliche Behandlung des obenerwähnten Heilinstituts gekommen. Käfer war von Anfang an vollständig klar und geordnet, zeigte normale Intelligenzleistung, keine Sinnestäuschungen und eine gleichmäßig grüblerisch gedrückte Stimmung; er äußerte allgemein nervöse Beschwerden und seine obenerwähnten hypochondrischen Befürchtungen. Körperlich fanden sich Symptome von Nervosität, wie erregbarer, beschleunigter Puls, erhöhte Dermographie und Reflexsteigerung. Auf der Station zeigte er ein stilles, schüchternes, den Kameraden gegenüber zurückhaltendes Wesen, war aber dabei gutmütig und freundlich.

Schon Mitte Oktober trat unter psychischer Behandlung Besserung ein. Er war gegen den Arzt zutraulich, kindlich anhänglich, er fühlte sich wohler, hatte keine Beziehungs- und Verfolgungsideen mehr. Hatte er ab und zu eine Pollution, so berichtete er dies besorgt dem Arzt, ließ sich aber leicht beruhigen. Anfang November sah er wesentlich frischer aus, die Pollutionen waren fast ganz ausgeblieben. Er aß mit Appetit, schlief gut ohne ängstliche Träume, war frei von körperlichen Beschwerden und ängstlicher Erregung. Er fühlte sich sehr gekräftigt, wünschte wieder zu arbeiten und war sehr dankbar. Am 7. November 1909 wurde er als sehr gebessert, frei von allen Wahnvorstellungen entlassen.

Die Seelenstörung Käfers steht nach ihrem Intensitätsgrad im Sinne unserer früher gegebenen Definition an der Grenze einer Beziehungsneurose, die sich aber auf ihrem Höhepunkt zum lebhaften Beziehungswahn steigert. Der Ortsarzt schildert zunächst einen jungen Sexualneuropathen, an dem vielleicht die Schwere der Erscheinungen und die ernsthafte erbliche Belastung auffällt, der sich aber lange Zeit benimmt wie andere Leute dieser Art: körperlich nervöse Störungen und hypochondrische Besorgnisse steigern sich gegenseitig, er läuft von Arzt zu Arzt und verstrickt sich zuletzt mit der abergläubischen Suggestibilität der Nervenschwachen in die Fangarme eines brieflich behandelnden Heilinstitutes, das seine krankhaften Gedankenrichtungen zielbewußt ausbaut. Nachdem dieser Verschlimmerungsprozeß mehrere Jahre gewirkt hatte, beginnt sich nun bei einem bestimmten Grad psychischer Erhitzung aus dem einfach sexualhypochondrischen Stadium das beziehungsneurotische Stadium zu erzeugen. Diese Entwicklung ist an sich vollkommen gesetzmäßig, sofern die beständig gegenwärtige Überzeugung von der durch vermeintliche Laster verschuldeten körperlichen und geistigen Zerrüttung mit psychologischer

Notwendigkeit den Gedanken verursachen wird, daß die Folgen dieses Zerfalls auch die Mitmenschen auf den ersten Blick dem Träger ansehen müßten.

Bei diesem lästigen Begleitgefühl aber bleibt es nun für den gewöhnlichen Sexualneurastheniker. Beim Sensitivneurotiker dagegen findet dieser Gedanke seine spezifische Affinität in der Charakteranlage, wo er alsbald Wurzel fassen und bald den primären hypochondrischen Vorstellungskreis überwuchern kann. So sehen wir bei Käfer, daß zuletzt eine allgemeine Beziehungs- und Beachtungsangst das Bild beherrscht. Er macht nunmehr dem behandelnden Arzt nicht mehr den Eindruck eines bloßen Neurasthenikers, sondern eines paranoisch Geisteskranken, der der Anstaltsbehandlung bedarf.

Die reaktive Exacerbation vor der Aufnahme in die Klinik klingt ein wenig an die akute Erschöpfungspsychose der Helene Renner an, sofern Andeutungen von Dissoziation, Denkschwäche, Fremdheitsgefühl (er weiß nicht, was mit ihm los ist), Zwangsmechanismen (er muß vor sich hinlächeln, muß lauter dummes Zeug denken) bemerkbar werden. Auch die flüchtig gebildete Anlage zu einem Verfolgungswahnsystem, dessen Mittelpunkt der Heilkünstler gewesen wäre, ist in diesem, nur wenige Tage dauernden Stadium beachtenswert. Im übrigen aber ist die Erkrankung eine sehr leichte. Sie löst sich nach Entfernung der seelischen Schädlichkeiten in der Klinik schon nach wenigen Wochen wie Nebel vor der Sonne auf. Ein wesentlicher Rest, so wie bei den schweren Psychosen, scheint hier nicht zurückgeblieben zu sein.

In dem nun folgenden Fall Pernsperger verläuft der Beziehungswahn noch leichter; er sondert sich hier auch nicht mehr wie bei Käfer eine Zeitlang zum selbständigen Leitmotiv aus, sondern bleibt im Rahmen des nervösen Gesamtkrankheitsbildes. Wir sehen die Jugendgeschichte eines schwer belasteten Psychopathen, der sich durch vielfache Unausgeglichenheiten und Hemmungen seines eigenen Gemütslebens endlich zu einem befriedigenden seelischen Gleichgewicht durcharbeitet; die sensitive Charakteranlage ist unschwer erkennbar. In dieser Entwicklung nun durchkreuzen sich eine hysterische, eine zwangsneurotische und eine beziehungsneurotische Linie. Recht hübsch ist es, in der Selbstschilderung zu sehen, wie spezifisch verschieden der psychopathische Charakter hier auf die verschiedenen Tasten der psychopathischen Reizskala anspricht. Auf das primitive Erlebnis — den Zorn über die Kündigung des Meisters — antwortet er mit hysterischen Anfällen; die einfach peinliche Angst und Verlegenheit über die Anfälle kommt in der zwangsneurotischen Platz- und Leutefurcht zum Ausdruck; während das Erlebnis der beschämenden Insuffizienz gegenüber der Masturbation die Beziehungsneurose auslöst. Dieses Krankenblatt gibt also ein kleines Naturexperiment zu unseren theoretischen Ausführungen über die spezifischen Beziehungen zwischen Erlebnis und Charakter.

In klinischer Hinsicht ist die völlige Ausheilung der zeitweise bis zu wahnhafter Festigkeit fixierten Beziehungsneurose bemerkenswert. Nur flüchtige Andeutungen von Beziehungsgefühl werden durch das — allerdings unspezifische — Kriegstrauma wieder an die Oberfläche gebracht.

Fall 9. Joseph Pernsperger, geboren 25. Juni 1881, Konditor. Er wird am 17. April 1916 vom französischen Kriegsschauplatz in die Nervenstation

Mergentheim eingeliefert, nachdem er zwei Monate als Sanitätssoldat an den Kämpfen um Verdun teilgenommen hatte. Er habe sich selbst gewundert, wie gut er bei seiner Nervenschwäche den Dienst im Feld versehen konnte. Etwas ängstlich und unruhig sei er allerdings im Feuer stets gewesen; aber erst, als er am 23. März im schwersten Artilleriefeuer seine Meldung übers offene Feld gebracht hatte, war er erkrankt. In heftiger Angst, an Händen und Füßen zitternd, sei er angekommen; er habe sich gar nicht mehr zu helfen gewußt, habe nicht mehr stehen, gehen und essen können und mehrmals kleine Bewußtlosigkeitsanfälle gehabt. Jetzt fühle er sich müde, schlafe schlecht, sei schwach und unklar im Kopf. Beim Verlassen des Hauses fühle er eine ängstliche Unsicherheit; er meine, daß alle Leute auf der Straße ihn ansehen. Er könne keinen Entschluß fassen; um einen Laden zu betreten, brauche er einen mehrmaligen Anlauf. Dabei sei er im Verkehr über Kleinigkeiten empfindlich. Die Stimmung sei manchmal ganz gut; oft sei er schon von morgens an grundlos mißgelaunt, schwermütig, dann wieder übertrieben freudig; oder die Fröhlichkeit sei mit einem Augenblick spurlos verschwunden, um einer bedrückenden Interesselosigkeit Platz zu machen, wo er sich leer und stumpf fühle und an nichts mehr freuen könne. Der Patient ist ein mittelgroßer Mann, schmächtig, mager, von rötlichem, tief in die Stirn gewachsenem Haar und zarter Haut, fliehender Stirne, Henkelohren und glänzenden unsteten Augen. Die Herztätigkeit ist lebhaft, erregbar, die geschlängelten Schläfenschlagadern treten stark hervor, bei jeder kleinen Gemütsschwankung geht eine dunkle Röte über das Gesicht. Außer einem leichten feinen Händezittern und einer mäßigen Herabsetzung der Schmerzempfindlichkeit an der Vorderseite des Rumpfes ist körperlich sonst nichts erwähnenswert. Das Gesicht, obgleich plump gebaut und in starker nervöser Spannung, zeigt doch zuweilen einen feinen und ansprechenden Ausdruck. Die Neigung zur Befangenheit wird durch knappe militärische Formen gut verdeckt, Er antwortet freundlich und aufmerksam und verrät in der Genauigkeit seiner Selbstschilderung eine recht gute Intelligenz; trotz einer gewissen Gemütsweichheit ist er dabei frei von Übertreibung und Sentimentalität.

Er erzählt über seine Vorgeschichte: Er sei unehelich geboren, der Vater ein Trinker, den er kaum gekannt, die Mutter nervös erregbar, eine Schwester der Mutter noch nervöser als diese. In der Schule habe er schwer gelernt, sei von früher Jugend an reizbar, schüchtern, ängstlich, gleich befangen, dabei von heiterem Temperament gewesen. Alkohol habe er nie vertragen. In seinem Handwerk war er geschätzt und hatte gute Stellungen in großen Geschäften inne, doch wechselte er öfters, zum Teil, weil er Streit bekam, vor allem aber, um sich auszubilden, die Welt zu sehen, aus Interesse an dem Leben in großen Städten und Bädern, so daß er in Österreich weit herumkam. Besonders in früheren Jahren sei er nicht so „kuraschiert" wie andere gewesen, Entschlüsse seien ihm schwer gefallen; doch habe er diese „Willenslähmung" allmählich durch Übung nicht ohne Erfolg bekämpft. Unangenehme Eindrücke habe er immer schwer aus dem Kopf gebracht und nach Ärger tagelang herumsinniert. In seinem beruflichen Leben tritt eine mit hochgespanntem Ehrgeiz eng zusammenhängende Gewissenhaftigkeit besonders hervor. Es war ihm unerträglich, wenn ein von ihm gebackener Kuchen anbrannte, wenn ein ihm übermittelter Auftrag vergessen wurde; was durch seine Hand ging, durfte nicht den geringsten Fehler

haben. Dieser Charakterzug im Verein mit seiner starken Reizbarkeit verursachte ihm nicht selten Verdrießlichkeiten.

Während er nun bis dahin nur eben ein nervöser Mensch gewesen war, begann seine eigentliche Erkrankung im 19. oder 20. Lebensjahr. Er habe damals erst begonnen, bewußt über sich selbst und seine Handlungen nachzudenken. Die Masturbation, die er seit seiner Lehrlingszeit und nicht ganz ohne Skrupel betrieben hatte, begann er jetzt energisch und erfolglos zu bekämpfen, und dies immer mehr, je mehr er sich seiner Nervosität bewußt wurde, und aus populären und Reklameschriften die Symptome derselben als vermeintliche Folge seines „Lasters" kennenlernte. Er sei „mit einer wahren Gier" über alle solche Schriften hergefallen, habe jeden einzelnen Zug studiert und bei sich wiedererkannt, sich die schwersten Vorwürfe gemacht und sei über sein selbstverschuldetes Leiden und dessen in den schlimmsten Farben geschilderten Ausgang in immer größere Erregung geraten. Den vergeblichen Kampf gegen seine Angewohnheit habe er mit solcher Heftigkeit geführt, daß er manchmal in Verzweiflung mit dem Kopf gegen die Wand rannte und mit Selbstmordgedanken umging. In dieser Zeit habe er zu beobachten begonnen, daß die Leute auf der Straße ihn ansahen, daß man über seine Onanie sprach. Wenn die Gesellen nebenan in der Backstube redeten, so ging es auf ihn. Er wußte nicht mehr, wie er vor den Blicken der Leute sich auf der Straße bewegen sollte. War ihm im Geschäft ein kleines Mißgeschick passiert, so gingen die Gespräche darüber. Es war dies immer nur eine feste Überzeugung von ihm, einzelne anzügliche Worte hat er nie herausgehört. Er betont ausdrücklich, daß er damals seiner Beobachtungen unmittelbar und unumstößlich gewiß war, daß er sie im einzelnen tagelang festhielt, bis sie vor neuen Beobachtungen unkorrigiert verblaßten.

In seinem 23. Lebensjahr verschlimmerte sich sein Zustand wesentlich, nachdem er auf offener Straße zum erstenmal einen Anfall bekommen hatte. Er hatte mit seinem Meister Verdruß gehabt, die Kündigung hatte ihn in heftige, gereizte Erregung versetzt, die die nächsten Tage bis zu seiner Abreise unvermindert anhielt; wenige Stunden vor derselben hörte er hinter seinem Ohr eine Flüsterstimme, die von „Ewigkeit" und religiösen Dingen sprach, dann überfiel ihn Schwindel und Angstgefühl, und er fiel für kurze Zeit bewußtlos um. Genaueres weiß er weder über diesen noch über die wenigen weiteren Anfälle, die in den nächsten Jahren gelegentlich bei Aufregung eintraten, da er sie möglichst zu verheimlichen suchte. Er schämte sich ihrer peinlich und fürchtete vor allem, brotlos zu werden, wenn man im Geschäft davon erführe.

Seither war es die Angst vor dem Anfall, die ihn ganz besonders beherrschte. Sie überfiel ihn mitten unter den Leuten, im Konzertsaal, bei Vergnügungen; sobald ihm der Gedanke kam, wurde er aufgeregt, Schwindel und Herzklopfen stellten sich ein, und oft ging er mitten aus einem Vergnügen, nur weil ihm der Gedanke unerträglich wurde. Auch am Überschreiten großer Plätze begann ihn die Vorstellung, daß er mitten auf denselben einen Anfall bekommen könnte, zu verhindern, und es entwickelte sich eine quälende allgemeine Platz-, Konzert- und Leuteangst, die er als Krankheit lebhaft empfand und bekämpfte, ohne ihrer Herr zu werden. Er wurde so einsiedlerisch, daß er manchen schönen Sonntagnachmittag im Bett zugebracht habe, nur um keinen Men-

schen sehen zu müssen. Morgens im Geschäft sei er oft so verstimmt gewesen, daß ihn kaum jemand ansprechen durfte, während sich nachmittags meist die Stimmung etwas aufhellte. Die Neigung zur Eigenbeziehung bestand dabei weiter.

Im ganzen ist aber Patient der Ansicht, daß um das 20. Lebensjahr der Kampf gegen die Masturbation und die Beziehungssucht, nach dem 23. Lebensjahr die Angst vor dem Anfall und die Platz- und Leutefurcht im Vordergrund gestanden seien. Außerdem sei sein Leiden in erheblichen Schwankungen verlaufen, indem nach ruhigeren Zwischenpausen ein Ärger, ein Versehen im Geschäft, ein Rückfall in die Onanie jedesmal eine Verschlimmerung hervorgerufen hätten, Zustände hochgradiger Nervosität, denen neben den geschilderten Störungen hauptsächlich eine krankhafte Entschlußunfähigkeit und nervöse Herzanfälle das Gepräge gaben; dabei fühlte er sich schwach im Kopf, die Gedanken kamen „hastig und durcheinandergewürfelt". Bei seiner religiösen Natur war ihm dann der Besuch der Kirche tröstlich. Auch fragte er häufig Nervenärzte um Rat und begann vor allem ganz bewußt sich selbst zu erziehen. Er turnte eifrig, wusch sich kalt und machte sich für jeden Tag zum voraus eine pedantisch pünktliche Einteilung, wobei er sich die Beschäftigung Stunde für Stunde kalendermäßig genau vorschrieb. Anfangs wurde er durch jede äußere Störung dieser Ordnung gereizt und schwer beunruhigt, allmählich aber habe er so gelernt, die „Willenslähmung" zu überwinden. Die quälenden Befürchtungen, die sich an die Masturbation knüpften, traten mehr und mehr zurück, seit er in natürlicher Weise sich zu befriedigen sich gewöhnt hatte. Er fühlte sich in den letzten Jahren vor dem Krieg nicht mehr eigentlich krank, die Anfälle blieben aus, er war freier und kräftiger, wurde wieder gesellig und ging ohne Beschwerden auch in größere Versammlungen. Erst durch den Krieg sind die früheren Störungen wieder aufgeflackert, doch trat im Lazarett rasche Besserung ein. Er stand seiner Krankheit von Anfang an einsichtig ohne übertriebene Befürchtungen gegenüber und brachte dem Arzt ruhiges Vertrauen entgegen. Über seine früheren sexuellen Befürchtungen urteilt er heute lächelnd, natürlich, vollkommen affektlos, dagegen ist eine leise Besorgnis vor der Wiederkehr der Anfälle auch jetzt noch vorhanden, die er, um sich von diesem beruhigen zu lassen, manchmal dem Arzt vorbringt. Der Beziehungswahn ist heute vollkommen ohne jeden Vorbehalt korrigiert, ohne daß Patient zu sagen wüßte, seit wann; er verblaßte allmählich im Lauf der Jahre mit der allgemeinen Kräftigung der nervösen Gesundheit. Bei der jetzigen Kriegserkrankung war das Beziehungsgefühl nur schwach und nicht bis zur Wahnbildung wiederaufgelebt. Bei seiner Lazarettentlassung am 5. Juni 1916 war er ganz frei davon, auch ohne gröbere nervöse Beschwerden, sah frisch aus, schlief gut.

Die Gruppe des Masturbantenwahns erhält also ihre klinische Eigenart zunächst durch den hypochondrischen Einschlag im Krankheitsbild, ob nun, wie im Fall Käfer, in psychologischer Stufenfolge auf dem sexualneurotischen sich das hypochondrische und auf diesem das beziehungsneurotische Stadium aufbaut, oder ob diese Komponenten sich von Anfang an durchflechten. Der hypochondrische Gedankenkreis kann dabei an Stärke dem beziehungsneurotischen ebenbürtig bleiben und wie dieser wahnhafte Festigkeit annehmen,

häufiger jedoch wird er, wie wir gesehen haben, von diesem zuletzt überwuchert.

Ebensosehr aber sind es auch hier wiederum Milieuwirkungen, die der Gruppe ihre besondere Färbung geben. Der einspännige Bauernbursch von der Art Bernhard Brenners ist im Dorfleben ein ähnlich greifbarer sozialer Typus, wie etwa in der Kleinstadt die alte Jungfer. Ein richtiger Bauer ist immer verheiratet, eben weil es seine ökonomische und gesellschaftliche Lage so verlangt. Ledig bleiben die Knechte und die Sonderlinge. So bleibt an dem Ledigen der Geruch einer gewissen Minderwertigkeit haften; ähnlich der alten Jungfer rückt er in eine soziale Defensivstellung. Dies alles um so mehr, wenn er mit seiner weichen Ängstlichkeit sich weder in der Schule noch im Wirtshaus durchzusetzen vermochte, und als einsamer, schüchterner Grübler sich in den Schutz des Elternhauses zurückzieht, weil er nicht das Herz hat, eine Frau zu gewinnen. So bedingen sich neurotische Anlage, demütigende soziale Vereinsamung und Masturbation gegenseitig und ergänzen sich zu der pathogenen Trias von Charakter, Milieu und Erlebnis.

So wie der Typus Brenner sich der altmodischen Kleinstadtjungfer nach Art der Anna Feldweg vergleichen läßt, so kann man Autodidakten aus dem Arbeiterstand, wie Bruhn oder Pernsperger, den strebsamen Mädchen wie Helene Renner gegenüberstellen. Leute vom Schlag unseres Wilhelm Bruhn, die ihre freie Zeit in einsamer Stube über dem Studium von Schiller und Bölsche zubringen und am Sonntagnachmittag lieber wandern als ins Wirtshaus gehen, werden unter der Masse ihrer Kameraden immer eine exponierte Stellung haben. Sie werden als hochmütig und sonderbar gelten und dem Spott und der üblen Nachrede nicht nur eingebildeterweise ausgesetzt sein. Man nehme dazu noch Einzelmomente, wie die uneheliche Geburt Pernspergers oder die charakteristisch gespannte Situation, in der sich Bruhn als norddeutscher eingewanderter Protestant in einer katholischen Kleinstadt Schwabens befindet. Auch sie sind, wie jene anderen Figuren aus dem sozialen Leben, die wir bisher geschildert haben, einsame Menschen, die man nicht unbeachtet ihres Weges gehen läßt, und die dem Kampf des Lebens um so mehr Angriffsflächen bieten, je weniger sie ihm gewachsen sind.

Fünftes Kapitel.

Berufskonflikte.

Die beiden vorausgegangenen Kapitel haben je eine in sich abgerundete, selbständige Ausprägung sensitiver Wahnbildung gegeben; sie zeigten einen bestimmten sozialen Menschentypus vor ein bestimmtes ethisches Problem gestellt. Hier verlassen wir nun zunächst das Gebiet der Sexualethik und geben die Bilder zweier Männer, die nach ihrer sozialen Stellung und nach dem Erlebniszusammenhang ihrer Psychose sich ganz individuell gegeneinander abheben, denen aber der innerliche Kampf um ihr berufliches Ideal und ihre berufliche Ehre als Krankheitsgrundlage gemeinsam ist.

Ich füge die beiden Krankenblätter Gierlichs über den Regierungsrat X. und Friedmanns über den Holzdreher L. nur mit Vorbehalt hier ein, weil

die darin enthaltenen Daten über Charaktergrundlage und Erlebnisverarbeitung für eine sichere Beurteilung der Zugehörigkeit zu unserem Krankheitsbild begreiflicherweise nicht ausreichen. Doch sind die klinischen Parallelen so zahlreich, daß wir diese Fälle mit Wahrscheinlichkeit jedenfalls in die Nähe der unsrigen rücken müssen.

Man wird annehmen können, daß das Erlebnis der beschämenden Insuffizienz für sensitive Charaktere nicht bloß auf dem hierfür besonders geeigneten Gebiet der Sexualethik, sondern gelegentlich auch auf anderen wichtigen Lebensgebieten entstehen kann. Gierlichs Regierungsrat erkrankt an dem Punkt mit reaktiv paranoischen Zuständen, wo seinem Ehrgeiz durch Abschneidung seiner weiteren Beamtenlaufbahn ein tödlicher Schlag versetzt worden war. Es handelt sich auch hier auf alle Fälle um ein für die Gemütsseite lebenswichtiges Ereignis. Es ist nun sehr wohl denkbar, daß ein sensitiver Mensch das Erlebnis der dienstlichen Zurücksetzung nicht einfach als äußere Kränkung empfindet, sondern daß er es zu dem Erlebnis der beschämenden Insuffizienz ethisch verinnerlicht, in der Weise, daß er die Nichtbeförderung als Folge der Unzulänglichkeit der eigenen Persönlichkeit erkennt. Es entsteht dann dasselbe Mißverhältnis zwischen gestecktem Ideal und verfügbarer Kraft der Persönlichkeit, wie bei den Sexualkonflikten, immer unter der Voraussetzung, daß der Beamte seine Beförderung nicht vorwiegend unter dem Gesichtspunkt der äußeren Ehre, sondern als individualethisches Postulat betrachtet.

Daß die Anlage des seelischen Konflikts in dem Fall Gierlichs tatsächlich so gewesen ist, wird dadurch wahrscheinlich gemacht, daß das asthenische Moment der eigenen Schuld im Wahngebäude stark hervortritt. Wir haben diesen wichtigen Punkt bei Helene Renner und der Försterstochter ausführlich besprochen. Wäre der Regierungsrat ein Kampfneurotiker gewesen, so wäre an der Wurzel seiner Wahnbildung der brutale Vorwurf ungerechter Vergewaltigung und nicht ein Komplex skrupelhafter Selbstbeschuldigungen gestanden. Mit ein paar unmerklichen psychologischen Ergänzungsstrichen denke ich mir die Erlebnisverarbeitung in dem Gierlichschen Fall so: Der Regierungsrat kann das Gefühl der beschämenden Unfähigkeit zu höheren beruflichen Leistungen, der „Abständigkeit", wie er selbst sagt, nicht verwinden. „Als Patient nach dem strapaziösen Sommer sich körperlich und geistig sehr herunter fühlte, kamen die quälenden, peinigenden Gefühle immer öfter und stärker. Er stand tagelang ganz unter ihrem Bann und konnte sie nicht abschütteln." Die zwangsmäßige Wiederkehr dieser Gedanken macht sich äußerlich in dem neurasthenischen Symptomkomplex bemerkbar, bis auf der Höhe der Entwicklung die Inversion des Primärerlebnisses zum anschaulichen Sekundärerlebnis erfolgt, Das Gefühl: Ich bin gegenüber dem vorher beförderten Kollegen ein ungeschickter, unfähiger Mensch, heißt nun ins Anschauliche übersetzt: Ich habe mich der Frau dieses Kollegen gegenüber durch tölpisches Fixieren gesellschaftlich kompromittiert. Es wird also ein kleines reales Alltagserlebnis mit dem ganzen Affektwert des verhaltenen Innenerlebnisses beladen, dessen Symbol oder Deckvorstellung es ist (man erinnere sich an die Schlange der Försterstochter). Dadurch bekommt es wahnhafte Wichtigkeit. Dies ist übrigens nur die krankhafte Steigerung eines bekannten,

normalpsychologischen Mechanismus, der darin besteht, daß bei peinlicher Affektspannung jedes in der Affektrichtung liegende banale Alltagserlebnis als wichtiger Beleg, als Anschauungsmaterial für die Selbstverkleinerung unverhältnismäßige Bedeutung bekommt. Das kleine gesellschaftliche Versehen wird dem Patienten zum Signal dafür, daß er nun allgemein blamiert und mißachtet ist. Der Gatte der vermeintlich beleidigten Frau bildet deshalb ein Verfolgungskomplott gegen ihn, ja der Kranke muß sich wegen dieser unsterblichen Kompromittierung von seiner eigenen Frau scheiden lassen, den Dienst quittieren usw. Es ist interessant zu sehen, wie alle die Vorstellungsreihen, die eigentlich dem verhaltenen beschämenden Innenerlebnis der beruflichen Niederlage selbst gelten: die feindlichen Gefühle gegen den siegreichen Konkurrenten, die Peinlichkeit weiteren gesellschaftlichen Verkehrs mit seiner Familie, das Gefühl, vor der eigenen Frau wegen der dienstlichen Zurücksetzung in Schande dazustehen, die Lust, nun sein Amt überhaupt wegzuwerfen — wie diese Vorstellungen nun an das lächerlich kleine Deckerlebnis des unpassenden Fixierens mit voller affektiver Wucht sich anhängen und dadurch wahnhaft abnorm werden.

Der Blick ist es, mit dem der innerlich Beschämte, Unsichere sich seinen Nebenmenschen zu verraten glaubt. Wie reizvoll ist das psychologische Zusammentreffen, daß nun der hohe Regierungsbeamte seine innere Beschämung über die verfehlte Karriere in der Psychose genau in dem gleichen Symbol zum Ausdruck bringt, wie das kleine Kontorfräulein ihre Gewissensbisse um die verbotene Liebe. Wie Helene Renner ihre erotisch unsichere Mimik zu der Wahnvorstellung verdichtet, einen sinnlichen Blick zu haben, so hat der Regierungsrat in der Wahnidee, mit seinem Blick die Frau des Kollegen verletzt zu haben, den peinlichen Verlust der gesellschaftlichen Ungezwungenheit seines Benehmens gegen die Konkurrentenfamilie ausgedrückt. Dieser Wahn des affektverfälschten Blicks wird bei beiden zum Mittelpunkt des Wahnsystems.

Die frappante Aufhellung, die der Fall Gierlichs erfährt, sobald wir ihn unter dem Gesichtspunkt des sensitiven Inversionsmechanismus betrachten, bestärkt unsere klinische Auffassung desselben; und dies um so mehr, wenn wir beachten, wie hier, genau entsprechend dem Rennerschen Fall, die Erschöpfung der Verhaltung in die Hände arbeitet. Der Patient war immer leicht erschöpfbar, „nach längerem Arbeiten oft tagelang matt" gewesen. Zweifellos hat auch hier das Weiterarbeiten am Ort der vermeintlichen Beschämung, ähnlich wie bei Helene Renner, affektiv aufreibend gewirkt. Und wie nun, geradeso wie bei ihr, zu der affektiven Erschöpfungskomponente die äußere Arbeitsüberlastung, hier die Rekrutenmusterung und Vorgesetztenvertretung, hinzutritt, wird aus einem schwer neurasthenischen Vorstadium der Beeinträchtigungswahn geboren (wie weit er sich in Beziehungsideen ausdrückte, ist im Krankenblatt nicht enthalten).

Der hohe Wert des Gierlichschen Krankenblattes für unsere Betrachtung liegt darin, daß der Verfasser hier mit experimenteller Sicherheit die große Rolle des Erschöpfungsfaktors beim Zustandekommen der sensitiven Wahnbildung nachweisen konnte; und zwar vermöge des „periodischen", oder besser gesagt rezidivierenden Verlaufs der Störung. Der Kranke hat den ersten, kurzdauernden paranoischen Anfall im Herbst 1895 mit deutlich neurasthenischem Initialstadium im Anschluß an die anstrengende Dienstreise. Im Herbst 1896

erfolgt nach vorheriger voller Wiederherstellung genau derselbe Anfall im Gefolge derselben Reise. Im Herbst 1897 unterbleibt die Dienstreise — prompt unterbleibt auch der Anfall. Im Herbst 1899 kommt mit der Dienstreise die Psychose wieder, während sie im letzten Lebensjahr des Patienten, 1899, infolge der dienstlichen Behinderung wieder fehlt. Hier kann an dem Kausalzusammenhang kein Zweifel mehr bestehen.

Trotz der besonders bedeutenden Rolle, die der nervösen Erschöpfung hier offenkundig bei der Krankheitsauslösung zukommt, ist sie doch auch in diesem Fall nicht die wesentliche Ursache des Wahns. Sie läßt vielmehr nur die Saat aufkeimen, die das beschämende Erlebnis in den sensitiven Charakter gelegt hat. Man könnte sagen, das Nervensystem solcher Menschen macht in Zeiten äußerer Arbeitserschöpfung eine anergische Periode durch, in denen es pathogenen Erlebniskeimen, für die es spezifisch disponiert ist, nicht mehr zu widerstehen vermag. Die Neurasthenie als solche braucht beim sensitiven Charakter durchaus nicht die Form einer Beziehungsneurose anzunehmen; meist tut sie dies vielmehr nur dann, wenn affektstarke Erlebniswirkungen, und zwar gerade nur Erlebnisse beschämender Insuffizienz, vorausgegangen sind. Nach dieser Richtung hin wäre also die feine Bemerkung Friedmanns: „Der Beachtungswahn ist die psychologische Form der nervösen Überreiztheit des paranoisch Veranlagten" in dieser allgemeinen Fassung einzuschränken.

Die beiden anderen Hauptfälle der Gierlichschen Arbeit sollen nicht ausführlich behandelt werden. Auch hier treten unter der kombinierten Wirkung einer gefühlsstarken Vorstellungsgruppe und nervöser Ermüdungseinflüsse anfallsweise paranoische Zustände auf; im zweiten Fall kann ein reicher Geschäftsmann nach einer Liebesheirat mit einem armen Mädchen über stille Zweifel an der Echtheit ihrer Liebe nicht hinwegkommen, im dritten Fall verbittert sich eine Dame der großen Gesellschaft aufs tiefste über ihr allmähliches Versagen in ihrer gesellschaftlichen Rolle. Die Psychosen, die daraus entspringen, tragen in beiden Fällen den Charakter aggressiver, zornmütiger Erregung (im Fall 2 in Form einer Eifersuchtspsychose). Sie gehören also in ihrer klinischen Eigenart wohl sicher nicht vorwiegend in den Rahmen des sensitiven Beziehungswahns, dem gerade schwer aggressive Ausdrucksformen besonders fernliegen. Sie lassen sich vielmehr als analoge psychopathische Reaktionen auf Grund einer anderen Charakteranlage auffassen. Für uns sind sie aber, wie viele andere Beobachtungen (Eifersuchtswahn!), ein Zeichen, daß der sensitive Beziehungswahn das Gebiet der paranoischen Reaktionen, die unter dem Gesichtspunkt der Charakterlehre noch weiter sich abgrenzen lassen, durchaus nicht erschöpft.

Wir lassen hier sogleich die Krankengeschichte vom 1. Fall Gierlichs folgen.

Gierlichs 1. Fall. Anamnese und Statusaufnahme am 24. Januar 1896. Herr X., 50 Jahre alt, hoher Regierungsbeamter, stammt aus nervöser Familie; sowohl Mutter, wie namentlich der Vater sollen hochgradig neurasthenisch gewesen sein. In der Familie des Vaters 2 Fälle von Geistesstörung.

Patient absolvierte das humanistische Gymnasium und wandte sich der Regierungskarriere zu. Das Lernen fiel ihm nicht leicht, namentlich mit Mathematik hatte er viel Mühe, dagegen zeigte der Patient von früh auf einen ungewöhnlichen

Ehrgeiz. Er lebte angeblich stets ziemlich solid, war gegen Alkohol (Kneipen) sehr wenig resistent. Auch im Rauchen war er mäßig. Die Laufbahn vollzog sich in der üblichen Weise. Nur einmal, vor ungefähr einem Jahre, wurde Patient bei der Beförderung zum Oberregierungsrat übergangen, was ihn sehr grämte. Patient war von jeher, namentlich nach längerem Arbeiten, oft tagelang matt, leicht erregbar, klagte viel über Verstopfung, sonst zeigte er nie eine ernste Störung des Allgemeinbefindens.

Seit Mitte Oktober, nach der Rückkehr von einer monatelangen, anstrengenden Reise zum Zweck der Ausmusterung der Rekruten, die mit unregelmäßigem Leben und schlechtem Quartier vielfach verbunden war, klagte Patient über mangelhaften Schlaf, Appetitlosigkeit, träge Verdauung, die 2—3 Tage aussetzt, Schreckhaftigkeit, Gereiztheit, ständige Unruhe. Dabei versieht er seinen Dienst prompt, wenn auch mit Anstrengung aller Willenskraft, und hat zudem noch einen Vorgesetzten zu vertreten.

Er zeigte in letzter Zeit ein sonst nicht gekanntes Mißtrauen gegen seine Umgebung, aber ohne sichtbare Stimmungsanomalie, und sein Benehmen ist völlig korrekt. Vor 14 Tagen äußerte er dann zum ersten Male Wahnideen zu seiner Frau: Er glaubte, mißliebig geworden zu sein, und man wolle ihn aus seiner Stellung verdrängen, während tatsächlich das Gegenteil der Fall ist. Zudem habe er zu seinem Unglück die Gattin eines Kollegen, und zwar desjenigen, der ihm in der Beförderung vorgezogen wurde, kompromittiert. Er habe sie vor einigen Wochen in einer Gesellschaft, obwohl unbeabsichtigt, lange Zeit angeschaut; das sei bemerkt worden, und nun habe er die Frau bloßgestellt und sich unmöglich gemacht. Der Gatte obiger Dame, der sich nach und nach mit einem ganzen Komplott umgibt, wolle ihn nun aus Stadt und Stellung vertreiben und vernichten. Patient macht der betreffenden Dame einen Besuch, um ihre Verzeihung zu erbitten. Diese weiß natürlich gar nicht, was er will. Dann reicht er zweimal sein Abschiedsgesuch ein, was beide Male vom Präsidenten in huldvollster Weise nicht bewilligt wird. Zu guterletzt erklärt er seiner Frau, daß er nicht mehr mit ihr leben könne, da er auch sie kompromittiert habe, er müsse ihr Genugtuung verschaffen und die Scheidung einleiten.

Status: Patient steckt ganz in seinen Wahnideen drin, äußert dieselben in obiger Form mit großer Lebhaftigkeit. Er müsse ins Ausland, die Polizei könne jeden Augenblick kommen, ihn zu verhaften. Ein ganzes Heer von Widersachern sei an der Arbeit gegen ihn, auch seine Frau sei jetzt im Komplott. Dabei ist Patient über Zeit, Ort, Umgebung völlig orientiert. Krankhafte Heiterkeit oder depressive Stimmung und psychomotorische Hemmung ist nie beobachtet, besteht auch jetzt nicht. Die einzige Stimmungsanomalie ist neben starkem Mißtrauen eine große Zornmütigkeit. Letztere steht in direkter Parallele zu den Wahnideen und ist ganz durch dieselben bedingt. Für Halluzinationen und Illusionen fehlt jedes Anzeichen, sie sind im ganzen Krankheitsverlaufe nie zur Beobachtung gekommen.

Die körperliche Untersuchung ergibt: großer Mann mit kräftigem Knochensystem, stark abgemagert. Er soll 15 Pfund in den letzten Monaten verloren haben. Schlaffe Züge, im Gesicht fällt eine stärkere Ausbildung der linken Hälfte auf gegen die rechte, namentlich auch des Stirnhöckers. Am Schädel keine Abnormität. Hoher spitzer Gaumen, kleine Ohren, Andeutung von Henkelohr. Die

Sehnenreflexe an Armen und Beinen lebhaft, Hautreflexe normal, Sensibilität, Motilität ohne Störung. Pupillen gleich, etwas unter Mittelweite, Reaktion auf Licht, Konvergenz und Akkommodation prompt und ausgiebig. Augenhintergrund normal. Innere Organe o. B.

Der Zustand blieb noch 9 Tage auf dieser Höhe. Patient hat absolut kein Krankheitsbewußtsein für seine Wahnvorstellungen. Halluzinationen und Illusionen sind trotz peinlichster Forschung und Beobachtung in dieser Richtung nicht zu ermitteln. Dann geht der ganze bedrohliche Zustand ziemlich brüsk zurück. Patient läßt über die eine oder die andere Wahnvorstellung mit sich reden, er fängt wenigstens an zu diskutieren, die Zornmütigkeit läßt nach, und nach weiteren 3—4 Tagen zeigt Patient völlige Krankheitseinsicht, zugleich mit dem Eintreffen eines liebenswürdigen Briefes von seiten des Präsidenten. Patient ist sich des Wahnhaften seiner Ideen voll bewußt, er erinnert sich aller Einzelheiten. Amnesie besteht nicht. Er weiß selbst nicht, wie er zu diesen wahnhaften Annahmen gekommen ist; auch jetzt finden sich für Halluzinationen und Illusionen während des Anfalls keine Anhaltspunkte. Das Körpergewicht, welches schon angestiegen war, erhob sich bald zur Norm, das Allgemeinbefinden besserte sich zusehends; Patient nimmt nach einigen Wochen seine Berufstätigkeit wieder auf und hat sie in aller Frische durchgeführt bis zum Herbst 1896.

Von der üblichen anstrengenden Dienstreise zurückgekehrt, zeigten sich nun wieder die Störungen allgemein nervöser Natur: Mattigkeit, Kopfschmerz, schlechter Schlaf, Appetitlosigkeit, Verstopfung, Unruhe, Gereiztheit. Ende November entwickelt Patient nun wieder ohne jede maniakalischen oder melancholischen Vorboten dieselben Wahnideen wie im Jahre zuvor. Der Anfall stieg schnell zur früheren Höhe. Das Komplott war wieder an der Arbeit unter Leitung des Ehegatten der betreffenden Dame. Man wolle ihn um die Stellung bringen und vernichten. Patient reicht wieder, um die Verfolger loszuwerden, Abschiedsgesuche ein, denen wie damals nicht gewillfahrt wurde. Er könne mit der Frau nicht mehr leben, habe sie allzusehr kompromittiert, er leitet die Scheidung ein. Wiederum starke Gewichtsabnahme. Eine schnelle Entfernung aus der Umgebung beeinflußt den Anfall so günstig, daß nach vierwöchigem Bestehen der Verfolgungsideen innerhalb 3—4 Tagen ziemlich brüsk die Aufhellung eintrat, und Patient volle Einsicht in das Wahnsystem seiner Ideen hatte, ohne die geringste Amnesie und ohne selbst irgend zu begreifen, wie er zu den Ideen gekommen sei. Halluzinationen und Illusionen dauernd nicht nachzuweisen. Bald versah er seine Obliegenheiten wieder in alter Weise.

Im Sommer 1897 läßt er sich auf seiner Dienstreise vertreten, nimmt im Herbst längeren Urlaub, den er im Gebirge verbringt. Nervöse Unruhe und Wahnideen werden nicht beobachtet. Weihnachten kehrt Patient zurück. Patient fühlt sich nun so wohl, daß er nicht zu bewegen war, die strapaziöse Dienstreise zur Ausmusterung der Rekruten im Sommer 1898, die mit seinem Ressort eng verbunden ist, aufzugeben, und so kehren 1898 im Herbst nach initialen allgemeinen nervösen Störungen, genau wie in den früheren Jahren, auch die Wahnideen zurück. Er war wie damals einige Zeit ganz in sich gekehrt und rückte dann plötzlich mit den Ideen hervor. Das Komplott mit dem Ehemann der kompromittierten Dame an der Spitze war wieder in voller Tätigkeit, um ihn zu vernichten, ihn um Stellung und Ehre zu bringen. Abschiedsgesuche wurden wieder einge-

reicht, und die Ehescheidung vorbereitet, um seiner beleidigten Frau Sühne zu gewähren. Schleunige Entfernung von Hause und kurgemäße Beeinflussung ließen nach ca. 3 Wochen die Wahnideen bereits zurücktreten, und nach weiteren 3—4 Tagen hatte Patient volle Krankheitseinsicht. Amnesie bestand nicht, für Halluzinationen und illusionäre Auslegungen fehlt jeder Anhaltspunkt. Auch ist nicht einzusehen, weshalb Patient in freien Zeiten dissimulieren sollte; das ist wohl völlig auszuschließen. In den freien Intervallen verkehrte er übrigens mit der bewußten Gemahlin seines Kollegen ohne Befangenheit und gab auf Befragen an, daß er sich der Dame gegenüber nicht beklommen fühle. Im Sommer 1899 war Patient bereits körperlich erkrankt und behindert im Dienst. Verfolgungsideen wurden nicht beobachtet. Patient starb 1900 an Karzinom, das wahrscheinlich von der Blase ausging.

Der somatische Nervenstatus blieb stets der gleiche. Pupillen, Reflexe, Sensibilität, Motilität waren ohne Störung. Eine reaktive Hyperthymie zeigte sich nie. Patient war frei von pathologischen Schwankungen des Gemütslebens, die Intelligenz des Patienten hatte in keinem bemerkbaren Grade nachgelassen, im Gegenteil hat Patient die Obliegenheiten seiner Stellung stets prompt erfüllt.

Friedmanns 3. Fall. Friedrich L., Holzdreher (in einer Maschinenfabrik), $49^1/_2$ Jahre alt. Es besteht eine mäßig starke Belastung, Großmutterschwester und ein Vetter von Mutterseite waren geisteskrank. Er selbst bisher gesund, sehr mäßig, fleißig, von gewöhnlicher Begabung, aber besonders und ungewöhnlich weichherzig und empfindlich, neigt zu Phantasiespielen von jeher. Er wurde mir am 22. XI. 1903 vom Ingenieur der Fabrik zugesandt, zunächst wegen eines Streites, den der sonst sehr ordentliche und seit 14 Jahren in der Fabrik beschäftigte Mann ohne ersichtlichen Grund gehabt hatte. Aufgefallen war aber schon länger, daß er entgegen seinem früheren Charakter störrisch und unfreundlich geworden war. Es stellte sich nun durch Nachforschung bei ihm und bei seiner Frau heraus, daß er schon seit $1^3/_4$ Jahren Wahnvorstellungen entwickelt hat, und daß diese unmittelbar durch ein spezielles Erlebnis hervorgerufen waren.

Damals war ein größerer, allerdings rasch beigelegter Streik in dem großen Fabrikanwesen ausgebrochen; er selbst beteiligte sich nicht daran, und in einer damaligen Arbeiterversanmmlung wurde er öffentlich von einem Kollegen mit Unrecht als Verräter genannt, der dem Meister seine Kenntnis der Dinge in Denunziantenart zutrage. Er war nicht in der Versammlung, als ehrliebender und sehr anständiger Charakter regte er sich aber furchtbar darüber auf, so daß er die folgenden drei Nächte kein Auge zutun konnte, und daß der Gedanke daran ihn von da ab auf Schritt und Tritt verfolgte. Mit dem Kollegen hatte er alsbald eine erregte Auseinandersetzung, die ihn, der sehr friedliebend von Hause ist, wiederum nachhaltig erschütterte. Etwa 4 Wochen danach war er mit seiner Familie Sonntags in einer Wirtschaft, immer noch im Schlafe gestört und aufgeregt. Da wurde es ihm auf einmal bange, das Lokal war übervoll, und das Stimmengetöse berauschte ihn förmlich. Es kamen auf einmal nur junge Leute herein, und ihm schien es, als ob das alles Geheimpolizisten seien, die ihn beobachten sollten. Deshalb drängte er plötzlich zum Aufbruch und war dann draußen wieder ruhiger. So kamen jetzt auch ab und zu sonst ihm auffällige Wahrnehmungen

vor; z. B. begegnete er, wenn er durch den Schloßgarten ging, ziemlich oft einem älteren Herrn, den er für den Gerichtspräsidenten hielt. Mit diesem „unterredete" er sich dann nachts manchmal, „als ob" er zugegen sei, indem er ihm seine Streikangelegenheit und die widerfahrene Beleidigung auseinandersetzte. Wenn er über die Rheinbrücke zur Arbeit ging, so kam es ihm „tourenweise" so vor, als ob die Leute vor ihm räusperten und ausspuckten. Darüber ärgerte er sich jedesmal und schaute die Leute scharf an; „warum spuckt der Grobian vor dir aus, du hast ihm doch nichts zuleid getan!" (Selbstgespräch). Auch während der Arbeit, welche er ununterbrochen und mit unvermindertem Eifer fortsetzte, kamen ihm seither an manchen Tagen sonderbare Gedanken.

So fiel es ihm ein, als ob ihm seine Ideen „eingeführt" würden; mitunter nämlich ärgerte er sich jetzt, wenn es zu kalt in der Werkstatt war, und er nahm in seiner Gereiztheit an, daß das ihm zum Possen geschehe. Dann wurde auf einmal der Dampf zum Erwärmen des Lokals hereingelassen (vom Maschinisten), und dann dachte er sich, daß die Kollegen seine inneren Gedanken „mitgefühlt" und darum die Erwärmung bestellt hätten. Sprachen die Leute in der Werkstatt leise unter sich, so war ihm das jetzt immer unangenehm, er ärgerte sich und dachte bei sich: „Aha, jetzt reden die über dich, jetzt wird deine Sache ausgemacht." Dabei war er um so mehr und öfter belästigt, weil sein Gehör in letzter Zeit merklich schlechter geworden war. Gelegentlich kam am Arm und Körper ein Muskelwogen vor, und er dachte wiederum, das werde ihm durch elektrische Ströme gemacht worden sein; ähnlich deutete er es, wenn ihm beim Husten Feuer aus den Augen sprang. Sahen ihn die Leute scharf an, so glaubte er, er solle hypnotisiert werden, nachdem er durch einen Sohn von diesen Dingen gehört hatte. Einmal sogar weigerte er sich, seinem Sohne nach Würzburg zu telephonieren, denn ihm war es in diesem Augenblicke so, als wüßte jener ohnehin, was er denke, und zwar dadurch, daß er durch Spione unterrichtet sei. In den Zeitungen bildete er sich ziemlich häufig ein, daß manche Notizen, z. B. über ein Verbrechen, auf ihn Bezug hätten, indem nur zur Vorsicht ein falscher Name statt dem seinigen gebraucht worden sei; in diesem Zusammenhang kam ihm die Erinnerung, daß er vor 20 Jahren einmal unschuldig verhaftet worden war. Ziemlich häufig hat er es in seinen Ideen mit „Geheimpolizisten" zu tun; so hörte er einmal einen Passanten „Polizist" sagen, und sogleich kam ihm der Gedanke, er selbst sei insgeheim ein Geheimpolizist „gegen" die anderen Schutzleute geworden, die er überwachen solle. Selbst bei den Nachrichten über den Russisch-Japanischen Krieg war es ihm gelegentlich so, als ob er daran irgendwie beteiligt sei; doch wußte er selbst nicht, wie das zugehen solle.

So nebeneinandergestellt könnten diese Ideen den Anschein erwecken, als ob sich ein Wirrwarr des Denkens des Mannes bemächtigt hätte. Aber einmal ist zu berücksichtigen, daß alle diese Vorstellungen sich über den langen Zeitraum von $1^1/_2$ Jahren erstrecken. In der Tat arbeitete er weiter mit Verständnis, und die Ideen zeigten sich immer nur „tourenweise", während viele Stunden und Tage gar nichts der Art vorkam. Sodann handelt es sich immer um rasche Eingebungen, und er hatte stets in sehr deutlicher Weise das Gefühl, als ob ihm die Ideen sozusagen aufgedrungen würden, als müßte er in dem Momente so denken. Gleich darauf zweifelte er in der Regel selbst daran und suchte sich zu „widerlegen" und die Idee zu zerstören; namentlich gelang ihm das, wenn der erste

Ärger vorbei war, z. B. darüber, daß jemand vor ihm ausgespien hatte. In der Tat sprach er mit bemerkenswerter Klarheit und Offenheit über die ganze Sache; freilich, daß alles krankhaft sei, hatte er noch nicht gedacht. Aber seine Familie, an der er mit inniger Liebe hing, sagte es ihm unablässig, und es machte ihm auch Eindruck, als ich ihm nachdrücklich das bestätigte. Trotzdem drängt es ihn, zu glauben, daß die Dinge wenigstens so sein können, wie er es sich vorstellt.

Mittlerweile wurde er allmählich stärker aufgeregt und gereizt, sein Schlaf war mangelhaft und auf ca. 3 Stunden des Nachts beschränkt, seine Kräfte und seine geistige und körperliche Ausdauer bei der Arbeit ließen nach. Dabei sind nie Halluzinationen aufgetreten, auch nicht Gedankenlautwerden. Dennoch würde er von sich aus nicht die Arbeit unterbrochen haben. Den Ausschlag gab erst der vorerwähnte Wortwechsel; er hatte einen Fehler bei der Arbeit gemacht, weil er sich gerade ärgerte, daß der Meister sich anhaltend mit jenem Arbeitskollegen, der ihn verklagt hatte, abgegeben hatte, und weil er gegen diesen von da ab eine nicht zu bekämpfende Antipathie fühlte. Er merkte, wie er sich erregte, vor seinen Augen verschwamm alles; so wies er den Meister barsch hinweg und weigerte sich, die Arbeit nochmals anders zu machen. Von nun ab wurde er auf mein Verlangen, dem er sich fügte, als Patient geführt und unterbrach die Arbeit.

Er ging jetzt viel spazieren, erhielt Beruhigungsmittel (Kodein, Bäder) und gewann einen im ganzen besseren Schlaf. Daraufhin wurde er ruhiger, doch kamen noch an vielen Tagen Ideen der bisherigen Art vor; indessen beschränkten sie sich von nun ab fast ganz auf zwei Kategorien: teils glaubte er noch, daß Passanten ihn gelegentlich fixierten, oder daß die aufgefangenen Äußerungen sich auf ihn bezögen, daß jene „gegen ihn" husteten, ja daß sogar einer einmal gegen ihn die Zunge ausgestreckt habe. Sah man ihn unmittelbar danach, so hatte er einen roten Kopf, sprach aufgeregt und gereizt, fast unhöflich und war nicht imstande, vor Erregtheit ruhig zu denken und zu erzählen. Doch dauerte eine solche Verstimmtheit jeweils kaum 1 Stunde an; und dann „verneinte" er sich hinterher selbst die Sache oder bemühte sich wenigstens, dies zu tun. Selten kam es vor, daß er einen Passanten sogar zur Rede stellte, ob dieser etwas von ihm wolle. Etwas fester in ihm saß die zweite Vorstellung, er sei eigentlich als Geheimpolizist angestellt, die Schutzleute müßten sich vor ihm fürchten, er leiste der Stadt Dienste dadurch, daß er die Neubauten usw. inspiziere; dazu fühlte er sich innerlich angetrieben und bildete sich ein, er dürfe überall hingehen. Sogar wenn er ein Schaufenster betrachtete, glaubte er, das nütze dem Besitzer beim Verkauf; sah er sich eine Maschine aus der Fabrik, in der er angestellt war, an, während sie über die Straße gefahren wurde, so meinte er das im Interesse des Chefs zu tun, das dadurch gefördert werde. Übrigens hat er sich dabei nie wirklich auffällig benommen, und es hat nie irgendwelche Mißhelligkeiten durch ihn gegeben (auf der Straße).

Klar über diese Dinge war er sich in Wirklichkeit nie, er stand eigentlich über ihnen; aber die Ideen kamen doch stets wieder so kräftig („das sei so"), daß er es immer wieder im Moment glaubte. Im Laufe des Frühsommers wurde er allmählich mehr gebessert, und namentlich hatte er evidenten Nutzen, als er auf 6 Wochen an einen ruhigen Landaufenthalt im Odenwald kam. Es gab da fast keine abnormen Vorstellungen und Eingebungen, und er kehrte zu Anfang August fast beruhigt zurück. Auch die inzwischen gewichene Arbeitslust war wieder da, die Gereiztheit sogar gegen jenen Arbeitskollegen hatte ihn verlassen. Seit dem

1. September arbeitet er wieder, und es ist seither alles gut gegangen. Nur noch selten, alle 8—14 Tage einmal, kam auf der Straße eine Erregung bei irgendeiner Passantenbewegung, und er konnte sie rasch überwinden. Die Genesung ist auch in den seither verflossenen 8 Monaten von Bestand geblieben.

In diesem Fall ist die Erlebniswirkung nur in ihren äußeren Umrissen geschildert: Der Holzdreher L. wird beim Streik als Verräter bezeichnet und gerät darüber in tiefe, nachhaltige Erregung. Einer Analyse der subjektiven Erlebnisverarbeitung gibt das Krankenblatt keine genügenden Anhaltspunkte. Allerdings wird ja ein Streik, dem er selbst innerlich ferne steht, einen friedliebenden Arbeiter fast mit Notwendigkeit in eine Pflichtenkollision versetzen, sofern er entweder die kameradschaftlichen Bande gegenüber den Mitarbeitern oder die Treue zum Fabrikherrn zu verletzen gezwungen ist. In einem solchen Konflikt wird ein ehrliebender und gewissenhafter Mensch, wie es der Holzdreher gewesen ist, schwerlich ohne inneres Schwanken, ohne zeitweise moralische Unsicherheit und die damit verbundenen Selbstvorwürfe durchkommen. Wie leicht sich aus solchem leisen Schuldgefühl das Bewußtsein der beschämenden Insuffizienz entwickeln kann, liegt auf der Hand. Auf einem so vorbereiteten Boden wäre die außerordentliche Nachhaltigkeit in der Wirkung der entsprechenden äußeren Beleidigung aufs beste erklärt.

Dies ist nun nicht mehr als Vermutung. Trotzdem möchte ich den Holzdreher mit ziemlicher Wahrscheinlichkeit in die Gruppe unserer sensitiven Beziehungsneurotiker aufnehmen, aus zwei Gründen. Einmal stimmen die kurzen Angaben über seinen Charakter, die ihn einerseits als sehr weichherzig, gutmütig und friedliebend, andererseits als sehr empfindlich und ehrliebend bezeichnen und seine Berufstüchtigkeit und ethische Solidität hervorheben, mit dem nun schon wohlbekannten typischen Charakterbild unserer Gruppe gut überein. Sodann aber zeigt die Art der Wahnbildung selbst in ihrer weichen Beeinflußbarkeit, ihren reaktiven Schwankungen, ihrem fluktuierenden Realitätswert, in ihrer Neigung zu selbständiger Korrektur und in ihren assoziativen Parallelen zur Zwangsvorstellung eine tiefgehende Ähnlichkeit mit unseren übrigen Fällen.

Das Krankheitsbild, das sich als Reaktion auf die erlittene Kränkung entwickelt, werden wir am besten als eine Neurose bezeichnen, in die sich psychotische Vorstellungselemente „tourenweise", wie der Holzdreher selbst es ausdrückt, einschieben. Das Alternieren von neurotischen und psychotischen Phasen in den wahnbildenden Erkrankungen der Sensitivneurotiker ist uns aus den bisherigen Krankenblättern geläufig. Dort sahen wir allerdings die Krankheitselemente so angeordnet, daß längere Zeiträume einer mehr geschlossenen paranoischen Wahnbildung von neurotischen Abschnitten mit flüchtiger, korrigierbarer Beziehungssucht eingeleitet oder abgelöst wurden. Hier dagegen treffen wir eine eigenartige Gruppierung der Krankheitsbestandteile, die ganz an den Verlauf einer Zwangsneurose erinnert. Die krankhaften Vorstellungen finden sich in Abständen von Stunden und Tagen über einen $1^1/_2$jährigen Zeitraum verstreut, sie tauchen je nach den kleinen Affektschwankungen des Alltags als rasche, zwingende Eingebungen von kurzer Lebensdauer auf, die deshalb vielfach isoliert stehen und sich nicht zu einem geschlossenen Wahnsystem zusammenbauen.

Die Krankheit zeigt kurz folgende Struktur: Die Beleidigung beim Streik löst einen Zustand schwerer allgemeiner Nervosität mit Reizbarkeit, Schlaflosigkeit und allmählicher körperlicher und psychischer Ermattung aus, der auch nach Monaten nicht abgeklungen ist, sondern sich an den kleinen Reibungen des Berufslebens immer neu entfacht. Im Mittelpunkt des nervösen Zustandsbildes steht der nagende Groll über die erlittene Beschimpfung, der in einem gereizten Mißtrauen gegen die Mitarbeiter und in einer unüberwindlichen Antipathie gegen den Beleidiger sich kundgibt. Endlich heilt der Zustand nach gründlicher ärztlicher Aussprache, therapeutischer Beruhigung und längerer Entfernung von dem affektiv aufreizenden Schauplatz der Fabrik. Dies ist sozusagen das neurotische Grundgerüst der Krankheit, das sich in nichts von einer beliebigen psychopathischen Reaktion auf ein affektstarkes Erlebnis unterscheidet. In dieses Grundgerüst sind die wahnhaften Vorstellungselemente in Form abrupter Einfälle eingelagert.

Es dominieren solche Vorstellungsgruppen, die sich unmittelbar aus dem pathogenen Erlebnis ableiten: Der Kranke ist durch sein Verhalten beim Streik dem allgemeinen Mißtrauen und der Verachtung anheimgefallen; man spuckt vor ihm aus, man spricht über ihn, man belauscht und beobachtet ihn, man sucht seine innersten Gedanken aus ihm herauszuziehen. Auch die Ideen von Gerichtspersonen und Geheimpolizei stehen wohl mit diesem latenten Schuldgefühl in Zusammenhang. Dieser einheitlich aus der Erlebniswurzel entsprungene Komplex von Vorstellungen springt an einzelnen Stellen ins Phantastisch-Dissoziative über: seine Ideen werden ihm von den Mitarbeitern „eingeführt" oder „mitgefühlt", man elektrisiert und hypnotisiert ihn. Diese pseudokatatonen Züge werden uns nach der Analyse der Rennerschen Erschöpfungspsychose nicht mehr verblüffen. Das Gefühl akustischer Berauschtheit, das sonderbare Hereinströmen der Leute ins Zimmer beim Ausbruch der Psychose erinnern wörtlich an die entsprechenden Erlebnisse Helene Renners auf dem Weg zum Erholungsheim. Auch den banalen Assoziationszwang, die „assoziative Irresistenz", wie wir es im Fall Renner bezeichnet haben, finden wir bei dem Holzdreher reichlich wieder, wenn er Neubauten, Schaufenster und Maschinen zum vermeintlichen Nutzen der Besitzer inspizieren muß oder wenn er bei Nachrichten vom Russisch-Japanischen Krieg selbst dabei beteiligt zu sein glaubt.

Solche Vorstellungsgruppen gleichen den autochthonen Ideen der Schizophrenie durchaus in ihrem Inhalt (Elektrisiert- und Hypnotisiertwerden) und in dem subjektiven Charakter des Fremdartigen und Aufgezwungenen, den sie tragen. Sie sind aber von ihnen wesentlich verschieden durch das Fehlen der unbedingten, erlebnishaften Sicherheit. Es kommt dies im Krankenblatt deutlich zum Ausdruck: „Klar über diese Dinge war er sich in Wirklichkeit nie, er stand eigentlich über ihnen; aber die Ideen kamen doch stets wieder so kräftig, daß er es immer wieder im Moment glaubte." „Gleich darauf zweifelte er in der Regel selbst daran und suchte sich zu widerlegen und die Idee zu zerstören; namentlich gelang ihm das, wenn der erste Ärger vorbei war." Man wird in dieser Schilderung den fließenden Übergang von der Wahnvorstellung zur Zwangsvorstellung als eines der Charakteristika unseres Krankheitsbildes unschwer erkennen.

Sechstes Kapitel.

Zusammengesetzte Charaktere.

Wir haben bisher den sensitiven Charakter als eine Art konstante Größe betrachtet und in der Tat auch gesehen, wie die einzelnen Züge der sensitiven Persönlichkeiten sich oft bis in die feinsten individuellen Schattierungen hinein glichen. Wir hatten ihre Erkrankungen nach den Erlebnis- und zum Teil auch Milieuwirkungen gruppiert, die ihre Unterschiede bedingten. Im folgenden Kapitel werden wir nun sehen, in welcher Weise die Krankheitsbilder sich abwandeln, wenn der zugrunde liegende Charakter selbst geändert ist, wenn in den rein sensitiven Charakter, den wir bisher unter Absehung von kleineren Zutaten betrachteten, Züge aus anderen Charakterformen, speziell aus der primitiven und expansiven Gruppe, gemischt sind, oder wenn sogar in derselben Persönlichkeit vollausgebildete fremde Charakterkomponenten der sensitiven Charakterseite schroff entgegenstehen. Wir werden hier gerade in den beiden Hauptfällen Kluge und Wagner besonders komplizierte Persönlichkeiten und besonders überraschende und interessante Wendungen paranoischer Psychosen, wie etwa den Größenwahn Kluges oder den brutal expansiven Schluß des sensitiven Beziehungswahns Wagners kennen lernen. Die dazwischengestellten einfachen Fälle Urban und Held fallen mit ihrem Schwerpunkt außerhalb der Grenzen der sensitiven Gruppe; sie stellen vielmehr primitive Persönlichkeiten dar, in deren Wesen gerade noch so viel sensitive Innerlichkeit gemischt ist, um ihren Affektreaktionen einen Einschlag asthenischer Beziehungsideen zu geben. Auch die Erkennung dieser äußersten Ausläufer sensitiver Reaktionsweise ist wichtig.

Fall 10. Dr. Karl Kluge, geboren 12. August 1875, höherer Justizbeamter. Nach merkwürdigen und aufsehenerregenden Vorfällen kam Dr. Kluge am 12. Dezember 1910 in Begleitung seines Hauswirts freiwillig in die Klinik, zugleich mit ihm ein Schreiben seines Arztes nachfolgenden Inhalts:

„Dr. Kluge hat in den letzten Jahren ein Verhältnis mit einer verheirateten Frau in X. gehabt, dies Verhältnis hat sich aus irgendwelchen Gründen getrübt. Kluge hat der Frau in letzter Zeit ein schwankendes Verhalten gezeigt, wollte das Verhältnis lösen, konnte aber doch nicht loskommen. Als sie einmal Ernst machen wollte, hat er, wie es scheint, Drohungen gegen sie ausgestoßen (er bestellte sich mit ihr, machte ihr eine heftige Szene, drohte ihr, er werde sie noch erreichen und wenn es erst in 10 Jahren wäre; auch habe er stets Gift bei sich). Es kam so weit, daß die Frau aus Angst vor Gewalttat bei der Polizei Schutz suchte. Nun wurde Kluge von der Xschen Polizei zitiert und ihm die Sache vorgehalten. Dieser Schlag traf ihn sehr unerwartet, er war vollständig niedergeschmettert, teils durch den Umstand, daß die Frau von der Sache anderen Mitteilung gemacht hatte, teils durch die Furcht, daß alles herauskäme und er sein Amt verliere. Diese Katastrophe ist vor 8 Tagen erfolgt. Kluge ließ mich vor 3 Tagen holen und hat mir alles eingestanden. Er war wie ein vollständig Hilfloser, ganz unmännlich und ratlos, er glaubte, geisteskrank zu werden.

So weit nun wäre der Zustand Kluges psychologisch verständlich. Nach 2 Tagen erhielt ich einen Brief des alten Hausarztes der Klugeschen Familie. Es geht daraus hervor, daß inzwischen der Ehefall in seinem materiellen Teil in einer für Kluge günstigen Weise erledigt ist und daß er jetzt keinen Grund mehr hat, Angst zu haben. Die Leute wollen nichts mehr von ihm. Trotz dieser günstigen Nachricht ist aber Kluges Befinden nicht besser geworden. Er hat immer noch Angst, er glaubt, die Frau wolle ihn geisteskrank machen, er glaubt, die Anfänge der Gehirnerweichung bei sich zu finden, er verlangt von mir Einspritzungen von Ehrlich-Hata.

Der Appetit ist gering, der Schlaf schlecht. In der Unterhaltung hört Kluge oft plötzlich auf zu sprechen und sieht mich geistesabwesend an; erst nach einigen Minuten erwacht er wie aus einer Betäubung und sagt: ‚Bitte, ich habe nicht recht folgen können.' Offenbar besteht ein Zustand tiefer Angst. Auch sind Illusionen vorhanden. Kluge glaubt, es seien Personen im Nebenzimmer, die ihn beobachten, bei jedem Geräusch an der Tür fährt er zusammen, wie wenn Verfolger kämen. Er hört ein Ticken im Nebenzimmer, das er für den Ton einer Schreibmaschine hält, auf der die Beobachtungen über ihn niedergeschrieben werden. Er glaubt, daß sein Koffer von anderen Leuten durchstöbert werde usf. Heute nacht (11/12. XII. 10) ließ er mich plötzlich holen, und man sagte mir, daß er einen Anfall von konvulsivischem Zittern in den Beinen und Herzbeklemmungen gehabt und gefürchtet habe, ich hätte plötzlich einen telegraphischen Haftbefehl nach X. erlassen. Zu anderen Zeiten ist er wieder ruhig und nimmt sich namentlich vor Verwandten und fremden Leuten zusammen.

Kluge war vor 5 Jahren (vor der Eheirrung) in einem Sanatorium und hat dort schon leichte Verfolgungsideen gehabt. Seit die Ehegeschichte spielt, habe er immer wie aus zwei Personen bestanden: auf der einen Seite war er stets geistig mit seinem Verhältnis zu der Frau beschäftigt und konnte sich nur schwer von dem fortwährenden Denken darüber losreißen, auf der anderen Seite mußte er seinen Beruf ausüben. Er sagte mir darüber interessante Dinge: er sei einige Jahre Staatsanwalt gewesen, habe aber dabei nur vielleicht dem vierten oder fünften Teil einer Verhandlung folgen können und sei gar nicht bei der Sache gewesen. Er habe sich nur plötzlich oft einige Dinge aus der Verhandlung gemerkt und über diese Einzelheiten nachher mit lauter Stimme und großer Entschiedenheit gesprochen. So habe er ein qualvolles Leben geführt, immer sein Amt versehen (er gilt als ein guter, wenn auch oft sonderbarer Richter) und dabei ständig mit vielen Aufregungen und Gewissensbissen an sein Verhältnis gedacht. Er habe sich von der Frau, die er sehr geliebt habe, nicht loszureißen vermocht, sooft er es auch versucht habe."

Soweit der Bericht des Arztes. Unmittelbar nach den geschilderten Vorfällen kam Dr. Kluge mit seinem Hauswirt in der Klinik an. Dieser, der ihn seit langem kennt, schildert ihn als einen feingebildeten Mann, voll Fleiß und Eifer in seinem Beruf; seine Urteile habe er mit großer Pünktlichkeit und Sorgfalt ausgearbeitet, sei überhaupt sehr pünktlich gewesen. Schon immer sei sein aufgeregtes, nervöses Wesen aufgefallen; er sei hastig und unstet, dabei so empfindlich, daß ihn schon das kleinste Versäumnis in der Bedienung gestört habe. Er kannte selbst seine krankhafte Nervosität und führte deshalb ein streng geregeltes, mäßiges Leben. In den letzten Tagen habe seine Aufregung rasch

zugenommen und gestern nacht in dem plötzlichen schweren Angstausbruch gegipfelt, der zu Krämpfen und Zuckungen der Glieder und Aufbäumen des Körpers geführt habe; er habe mit affektierter, befehlender Stimme die Verhaftung eines Mannes in X. verlangt, sich für vergiftet erklärt. Er achtete angstvoll auf jedes Geräusch, glaubte im Nebenzimmer Damenkleider rascheln zu hören, hielt am Kleiderständer hängende Kleidungsstücke für Menschen, die ihn verfolgen, ließ sich aber durch ruhiges Zureden von der Unrichtigkeit dieser Verkennungen überzeugen. Gegen Morgen wurde er ruhig, er wünschte die vom Arzte vorgeschlagene Reise nach der Nervenklinik anzutreten, und fuhr, zwar verstörten Gesichts, aber unter gleichgültigen Gesprächen mit dem Hauswirt nach Tübingen.

Hier soll sogleich eingefügt werden, was der Kranke bei der Aufnahme über seine frühere Lebensgeschichte erzählte; es ist durch Berichte der Angehörigen bestätigt und ergänzt. Von seinem Vater ist nur so viel mitgeteilt, daß er, aus belasteter Familie stammend, selbst ein tüchtiger Kaufmann war und im Orient ein gutes Vermögen erwarb. Er heiratete in vorgerückterem Alter die 27 Jahre jüngere Mutter des Patienten, eine rüstige, lebhafte, etwas hysterisch veranlagte Frau. Von den 16 Geschwistern sind noch 7 am Leben. Der älteste Bruder starb an der Schwindsucht, eine Schwester als geisteskrank in der Anstalt. Der drittälteste Bruder ist schwach begabt, der vierte seit etwa 10 Jahren mit Verfolgungswahn in einer ausländischen Heilanstalt; er soll mit 28 Jahren durch die Lektüre Schopenhauers erkrankt sein. Eine verstorbene Schwester war lungenleidend. Die übrigen Geschwister sind gesund und berufstätig.

Der Patient selbst, als das zweitjüngste Kind geboren, war von jeher der aufgeweckteste unter seinen Geschwistern; er hat als der einzige studiert, weil er sich durch besondere Begabung auszeichnete. Er lernte leicht, vergaß aber wieder bald. Schon frühe zeigte er Hang zu ungeeigneter Lektüre, phantastischen Gedichten und Romanen, die er nachts im Bett verschlang und die nach seiner Ansicht in der Knabenzeit den Grund zu seiner überhitzten Phantasie legten. Schon als Kind litt er viel an Angst, besonders nachts beim Alleinschlafen; Märchenerzählungen von Kindermädchen brachten ihn in ängstliche Aufregung; 1892 habe er einmal einen nächtlichen Angstanfall gehabt. Er galt als ein ausgelassener Junge, temperamentvoll, auch jähzornig, im ganzen aber recht artig und gutmütig. Er lernte fleißig und war sehr gut für Literatur, wenig für Mathematik begabt. Seit der Pubertät trat, wie die Mutter erzählt, ein sehr lebhaftes, aufgeregtes Temperament stärker an ihn hervor. Er war herrisch, empfindlich, doch nicht mißtrauisch, zankte sich gern mit den Dienstboten, blieb abends über die Zeit aus und beteiligte sich an verbotenen Kneipereien, so daß die Mutter, die nicht mehr mit ihm fertig werden konnte, ihn in eine auswärtige Pension gab. Auch auf der Hochschule als Korpsstudent trank er noch reichlich; er konnte aber wenig Alkohol vertragen und litt an Bettnässen gelegentlich noch bis ins erwachsene Alter.

Doch begann seine nervöse Gesundheit erst bei der Vorbereitung auf das 2. juristische Examen im Jahr 1903 ernstlich Not zu leiden. Er schlief schlecht, fühlte sich abgespannt, sehr zerstreut und konzentrationsunfähig, mußte sich zur Arbeit zwingen, konnte nicht bei der Sache bleiben und war darob gemütlich zeitweise bis zum Lebensüberdruß gedrückt. Seit dieser

Zeit etwa empfand er auch den Zwang, auf ungewöhnliche Geräusche mehr als früher zu achten; es fiel ihm allerlei Gehörtes als sonderbar auf, und er hatte zuweilen den Gedanken, daß es sich auf ihn beziehen könnte, auch wenn er wußte, daß dies nicht der Fall war; ferner litt er seither unter dem, von ihm selbst als absurd erkannten Gefühl, daß man ihn mehr als andere beachte; er mußte immer daran denken, besonders wenn er in Uniform war, daß man ihm nachsehe und ihn beobachte; er empfand diesen Gedanken als krankhaften Zwang.

Gleich nach dem Examen wurde er als Richter verwendet. Dabei wurde er vor den Sitzungen von großer Angst und Aufregung, in der Art des Lampenfiebers, überfallen; er war vorher voll der quälendsten Unruhe und voll Furcht, nicht zustande zu kommen; diese Störung verließ ihn auch später nie, doch lernte er sich allmählich äußerlich vollkommen zu beherrschen. Die übrigen nervösen Beschwerden blieben weiterhin mit kleineren und größeren Schwankungen unverändert. Er fühlte sich dauernd vereinsamt, konnte keinen rechten Anschluß finden, war sehr empfindlich und reizbar. Frühjahr 1904 erholte er sich nach zweimonatiger Urlaubsreise und anschließender Militärübung vorübergehend sehr gut. Doch kam ein rechtes Glücksgefühl nie mehr in ihm auf. Er litt dauernd unter der Erinnerung an seinen jahrelang schwerkranken Vater und seinen tuberkulösen Bruder, wobei er auch für sich selbst hypochondrische Befürchtungen hegte.

Im Herbst 1904, nach Versetzung auf eine andere Stelle, zeigte sich eine ganz unbegründete Zwangsangst gegenüber dem vorgesetzten Richter, mit dem er sich sonst aufs beste stand und familiär verkehrte. Sobald dieser in seine Nähe kam, wurde er ohne begleitende Vorstellungen von heftiger Beklemmung, Angst und zitternder Unruhe befallen, die er zwar äußerlich beherrschte; sie erfuhr mit der Zeit keine Abschwächung, doch gewöhnte er sich allmählich daran.

Im folgenden Sommer, 1905, hatte er die Vertretung eines Staatsanwalts mit sehr strengem Dienst, der seine nervöse Widerstandskraft bald aufbrauchte. Täglich vor der Arbeit befiel ihn Beklemmung, Angst und quälende Unruhe; bei öffentlichen Reden hatte er die Gedanken nicht in der Gewalt, er sprach zerstreut und verwirrte sich. Dauernd führte er einen inneren Kampf mit seiner Erregung. Im Herbst nahm seine Überreiztheit zu. Eines Tages verlor er plötzlich mitten in einer Vernehmung die Gedanken, wurde von lebhafter Angst befallen, als ob er verrückt würde; er mußte die Sitzung wegen Unwohlseins unterbrechen, konnte sie aber nachher zu Ende führen. Von da ab litt er an schwerster Schlaflosigkeit; der Arzt verordnete Beruhigungsmittel fürs Herz und einen längeren Urlaub. Er begab sich zu seiner Mutter; diese erzählt, daß er damals sehr überreizt und abgearbeitet gewesen sei. Er verlangte, daß die ganze Familie sich nach ihm richte, war unruhig, verstimmt und schlaflos; er glaubte auch, man belausche ihn nachts an der Tür, habe aber sonst keine Beziehungs- und Beeinträchtigungsideen gezeigt.

Es folgte ein zweimonatiger Sanatoriumsaufenthalt (Januar bis März 1906), wo er sich langsam erholte. Doch wurde er nie mehr ganz gesund. Namentlich verfolgte ihn seither dauernd die Erinnerung an den Verwirrtheitsanfall in der Sitzung im Herbst 1905 und die plötzliche Angst, wieder steckenzubleiben und verrückt zu werden. Die Furcht vor Geisteskrankheit hatte ihn seither nie verlassen; dazwischen kamen andere hypochondrische Ideen, syphilitisch zu

sein, an Gehirnerweichung zu leiden, tuberkulös oder nierenkrank zu sein. Trotzdem tat er bis zur Aufnahme in die Klinik ohne Unterbrechung Dienst, hatte aber fortwährend einen schweren Kampf mit seinen Gedanken zu führen, so daß er oft meinte, es gehe nicht mehr, und er müsse seinen Abschied nehmen. Seit 1904 hatte er in jeder Beziehung dauernd aufs mäßigste gelebt; am besten hatte er sich immer wieder bei seinen militärischen Übungen erholen können. Seine Bekanntschaft mit der verheirateten Dame, der Frau eines Freundes N. in X., begann 1906; das Verhältnis hatte seit mehr als einem Jahr den intimsten Grad erreicht, hatte ihm immer erneute Aufregungen und Gewissensbisse verursacht, bis es zuletzt im Dezember 1910 zur Katastrophe führte, wie der Arzt schon oben berichtet hat.

Dies alles hatte Dr. Kluge kurz nach seiner Aufnahme in die Klinik am 12. Dezember 1910 erzählt. Er war am ersten Tage lebhaft, gesprächig, eher heiter, sprach mit überlauter Stimme, führte meist selbst das Wort, lehnte ärztliche Einwände oft unter Zweifel und Mißtrauen ab. Er sprach über die vorausgegangenen Dinge mit weitgehender Objektivität, wenn auch ohne völlige Krankheitseinsicht. Seine eigentümlichen Wahrnehmungen und Verfolgungsgedanken könnten wohl krankhaft gewesen sein; immerhin glaube er fest, daß das Ehepaar N. etwas gegen ihn im Schilde führe; die Liebesangelegenheit mit Frau N. koste ihm sein Amt; die Polizeiszene sei absichtlich herbeigeführt worden; der Polizeikommissar habe ihm Verbrecheralbum und Daktyloskopie gezeigt, um ihn auf die Probe zu stellen, ihm anzudeuten, daß man seinem Verbrechen auf der Spur sei. Alle Ereignisse in jenem kritischen Zeitpunkt, die zufällige Begegnung mit einem Bekannten in X. usf. haben ihre bestimmte Bedeutung. Ja vielleicht, äußert er plötzlich, habe auch die Frau ihm mit ihrer Liebe nur eine Falle stellen wollen, um ihn zu verderben, sie habe mit ihm gespielt, ihn vielleicht gar nicht geliebt. Diesen Verdacht verwirft er im nächsten Augenblick mit Entschiedenheit: sie habe ihn wahnsinnig geliebt, so wie er sie geliebt habe, sie sei sein Schicksal gewesen; um sie drehen sich auch heute noch alle seine Gedanken. Er bat, daß ein Pfleger bei ihm schlafe, weil er fürchte, verrückt zu werden.

Am nächsten Morgen (13. Dezember) war der Kranke in guter Stimmung; er hatte ruhig geschlafen, wie seit langem nicht. Er fühlte sich bedeutend wohler, er ging mit betontem Gleichmut über die letzten Vorgänge hinweg. (Anmerkung des Arztes im Krankenblatt: weitgehende Krankheitseinsicht; man bekommt den Eindruck, als habe es sich nur um die psychogene Verarbeitung affektstarker Erlebnisse gehandelt.) Er gab offen zu, an Sinnestäuschungen und krankhaften Einbildungen (auch bezüglich der polizeilichen Beobachtung) gelitten zu haben; er fühle sich aber jetzt ganz frei davon. Während er früher mißtrauische Gedanken, wenn sie ihm durch den Kopf geschossen seien, immer habe unterdrücken können, habe ihn offenbar in letzter Zeit die Besonnenheit und das ruhige Urteil verlassen, das grenze nahe an Wahnsinn, was er sich eingebildet habe. Am 16. Dezember ist vermerkt: „Hat nachts mehrfach merkwürdiges Pochen und Kleiderrauschen im Nachbarzimmer gehört; das erinnere ihn an frühere Dinge; ob nicht vielleicht Frau N. Selbstmord begangen habe, oder ob nicht doch eine Untersuchung gegen ihn vorliege. Leichtes, verhaltenes Mißtrauen gegen die Umgebung und den Zweck seines hiesigen Aufenthalts. Läßt sich leicht beruhigen.

Es seien Einbildungen einer überreizten Phantasie, die er im selben Augenblick, wo er sie ausspreche, nicht mehr glaube; Wahnwitz und Unsinn."

20. Dezember: Zunehmende klare Krankheitseinsicht, völlig ruhig und geordnet. Die übermäßige Lebhaftigkeit und Geschäftigkeit ist gewichen; der Patient beschäftigt sich regelmäßig mit körperlicher und geistiger Arbeit (Holzhacken, italienische Sprache), befolgt die ärztlichen Anordnungen mit peinlichster Genauigkeit. Er meidet jede Gesellschaft, weil er sich durch seinen hiesigen Aufenthaltsort hinsichtlich seiner zukünftigen Laufbahn zu kompromittieren fürchtet.

So blieb es bis Schluß des Monats; der Schlaf war öfters mangelhaft, das körperliche Krankheitsgefühl trat stärker hervor. Zuweilen zeigte sich leichtes Mißtrauen, er fühlte sich beengt, gefangen, vereinsamt. Bei der Arbeit zeigte er große Zerstreutheit und Konzentrationsunfähigkeit; seine Gedanken bewegten sich immer wieder um Frau N.; er ermüdete rasch, kam in seiner italienischen Lektüre nicht voran.

Plötzlich, am Neujahrstag 1911, erfolgte ein heftiger Umschlag. Frühmorgens nach einer unruhigen Nacht kommt er dem Arzt hastig, am ganzen Körper zitternd und in äußerster Erregung entgegen: „Herr Dr.", ruft er, „treiben Sie kein Spiel mit mir, lassen Sie es nicht zum Äußersten kommen!" Er weiß nicht, was mit ihm ist, ob man ihn wahnsinnig machen wolle, oder ob er es schon sei. Es stellt sich heraus, daß ein neuer Pfleger, der ihn heute zum erstenmal bediente, die Ursache seiner Erregung ist. Er hält ihn für einen Detektiv, für einen Xschen Polizeikommissar, der ihn überwachen soll. Er kennt den Mann genau, er hat ihn damals auf dem Polizeiamt in X. gesehen; er erinnert sich bestimmt, nur der Schnurrbart ist anders frisiert, aber damit wird man ihn nicht täuschen, die Ärzte sind mit der Polizei unter einer Decke: man will ihn vernichten! Er überstürzt sich in wechselnden Vermutungen: man will ihn hier auf Gehirnerweichung untersuchen. Frau N. hat Selbstmord begangen, und man kommt, ihn dafür zur Rechenschaft zu ziehen, er ist verloren. Er beschwört den Arzt in größter Angst, ihm die Wahrheit zu sagen. Danach ist er rasch zu beruhigen, er scheint alles zu korrigieren: „Jetzt, wo ich die Sache erzählt habe, kommt sie mir eigentlich schon unsinnig vor."

An diesen Auftritt schloß sich eine Periode zunehmender innerer Unruhe und Beziehungssucht an. Der Kranke kombinierte die gleichgültigsten Alltagserlebnisse: „Ich versichere Sie, das ist sonderbar, höchst sonderbar, so etwas ist früher nicht vorgekommen, es kann kein Zufall sein." Ein Geräusch, wenn er am Fenster stand, bedeutete, er solle weggehen; das Knacken in der Heizanlage wurde erzeugt, um ihn wach zu machen; die Ankunft eines neuen Arztes aus der Heilanstalt W. deutete auf seine baldige Überführung dorthin ins Irrenhaus; die Kinder auf der Straße, die Schneeballen warfen, waren angestellt, ihn zu treffen. Sein körperliches Mißbehagen erweckte ihm den Verdacht, daß er mit heimlichen Arzneimitteln oder Hypnose behandelt werde; wahrscheinlich gehe das alles von Frau N. aus; sie übe immer noch einen unheimlichen Einfluß auf ihn, seine Gedanken könnten nicht von ihr loskommen; ob sie ihm vielleicht ein erotisches Mittel beigebracht habe, das jetzt noch nachwirke. Dabei befand er sich dauernd in innerem Kampf zwischen Wahn und Krankheitseinsicht.

Am 6. Januar glaubte er morgens beim Erwachen intensiven Leichengeruch wahrzunehmen; es müsse im Hause, im Zimmer nebenan eine Sektion sein. Frau

N. sei gestorben und werde hier obduziert, damit er nachher mit der Leiche konfrontiert werden könne. Sie habe Selbstmord begangen, und er solle nun dafür verantwortlich gemacht werden. Die Ankunft eines neuen Patienten beunruhigte ihn; weil es ein entfernter Verwandter einer früheren Verlobten von ihm war, argwöhnte er vorübergehend, dieser sei seinetwegen da. Im Gespräch mit dem Arzt korrigierte er hinterher vollständig. Das seien „fixe Ideen", wie er sie schon vor fünf Jahren im Sanatorium gehabt habe. Die nächsten Tage brachten neue merkwürdige Wahrnehmungen: das Bad war zu heiß gegeben worden, das Schlafpulver mußte verwechselt sein. Spät abends mußte ihn der Arzt untersuchen, weil er ein luetisches Geschwür am Anus zu haben glaubte, das er auf Ansteckung von Frau N. zurückführte. Der Gesang zweier Kinder eines Mitpatienten auf dem Saal hatte ihn stutzig gemacht; das sei noch nie gewesen, er komme sich wie verrückt vor, was man denn mit ihm vorhabe. Er war von lebhafter innerer Angst, den Verstand zu verlieren, erfüllt. Er suchte jetzt den Anschluß an andere Patienten und ging mit ihnen spazieren. Dann glaubte er wieder zu hören, daß nachts an seiner Tür herumgemacht werde, hinterm Spiegel war es laut, es war ein Knacken, Pochen, Rauschen, Tischerücken, allerlei unbestimmtes Geräusch im Nebenzimmer. Er äußerte im Gespräch plötzlich die Idee, daß Herr N. ihm nachstelle, daß er es sei, der seine Hand überall im Spiele habe. Ein andermal: Er könnte anderer Abstammung, vielleicht ein Prinz sein. Alle diese Dinge korrigierte er völlig, er fürchtete Gehirnerweichung zu bekommen, er leide an Hirngespinsten; solche Wahnideen, Verfolgungs- und Größenideen, wie er sie habe, wären sonst nicht möglich. Er fühle sich in seinem Wesen verändert, er wisse nicht, was mit ihm vorgehe.

Am 14. Januar befand sich der Beziehungswahn immer noch im Zunehmen. Er hatte das Gefühl, daß andere dazu angestellt seien, im Gespräch Worte einfließen zu lassen, die sich auf seine Affäre bezögen; man wolle ihn dadurch reizen und prüfen, ob er es merke und noch normale Empfindung und Wahrnehmung habe. Immer wieder taucht die Furcht vor Syphilis und Gehirnerweichung infolge Ansteckung durch Frau N. auf; vielleicht könnte sich diese nur deshalb mit ihm eingelassen haben, um ihn luetisch zu machen. Die eigene Mutter könnte sich mit seinem Todfeind N. eingelassen haben, um gegen ihn zu konspirieren.

Am 17. Januar gestand er dem Arzte, daß er ihm seither mehrfach von seinen inneren Vorgängen verheimlicht habe. Vor zwei Tagen habe er beim Mittagessen plötzlich mitten im Gespräch den Eindruck bekommen, daß das Gespräch im Nebenzimmer belauscht, telegraphisch aufgenommen und nach X. weitergegeben werde. Er habe dasselbe Morsesignal gehört, wie seinerzeit beim Ausbruch seiner Krankheit; es sei, wie wenn Wassertropfen in einer Metalleitung rhythmisch herunterfallen (Heizungsgeräusch?). Auch sonst habe er vielfach die Vorstellung des Belauschtwerdens, es sei, als ob im Nebenzimmer ein magnetischer Apparat aufgestellt wäre, der seine Gedanken registriere; entsprechende Wahrnehmungen habe er allerdings nicht gehabt. Auch die Anwesenheit eines Postsekretärs habe ihm die Vorstellung erweckt, daß seine Gespräche nach X. berichtet werden sollen, und der Besuch eines Staatsanwaltschaftssekretärs (Bruder des vorigen) habe den Zweck vermuten lassen, ihn behördlich zu kontrollieren. Alle diese Gedanken erkenne er heute als völlig unbegründet und krankhaft.

Das äußere Verhalten des Kranken in diesen Tagen war wieder völlig ruhig,

geordnet und gesellig. Er hatte Gerichtsakten sich kommen lassen und arbeitete rückständige Urteile aus, obgleich er dabei das Gefühl schwerer Insuffizienz und geistiger Hemmung hatte; er klagte, er könne manchmal seine Gedanken überhaupt nicht zusammenhalten, das Einfachste nicht verstehen, der Sinn des Gelesenen komme ihm merkwürdig vor.

Am 20. Januar kam ihm bei der Zeitungslektüre plötzlich die Idee, die Zeitungen seien für die „Irrenklinik", speziell für ihn, besonders zurechtgemacht, die Artikel frisiert, um ihn auf seine Kritik und gesunde Vernunft zu prüfen; er korrigierte diesen „Einfall" als unsinnig und krankhaft bei der Visite. Dann beunruhigte er sich wieder über eingehende Briefe, glaubte an den Adressen allenthalben bekannte Handschriften zu erkennen, vermutete Beziehungen zwischen den Briefen und den mit seiner Eheirrung zusammenhängenden Personen. Es sei doch etwas gegen ihn im Gange; immer wieder hatte er den Gedanken, es sei ein Selbstmord oder Mord begangen worden, für den er verantwortlich gemacht werden solle. So kombinierte er die nächsten Tage weiter, wobei er zuweilen einzelne seiner „Einfälle" nicht oder nur unvollständig korrigierte. Er machte in diesen Tagen zuweilen den Eindruck großer innerer Geladenheit und Spannung. Er schlief schlecht. Er drängte fort, überhäufte seine ihn besuchende Schwester mit Vorwürfen, daß man ihn in die Klinik gebracht habe, er drohte, im Notfall ohne Erlaubnis wegzugehen. Am 23. Januar erfolgte nach dem Besuch seiner Schwester ein Verzweiflungsausbruch, der sich in einem heftigen Weinkrampf entlud; er hatte ihr geäußert, er würde sich das Leben nehmen, wenn er wüßte, daß er unheilbar geisteskrank würde.

Die nächsten Tage war er beruhigt und schlief besser.

Am 28. Januar erfolgte eine überraschende Wendung. Während er bisher meist in angstvoll gedrückter und gequälter Stimmung gewesen war, voll Sorge um die Zukunft und in nagendem Zweifel über irgend etwas Unbestimmtes und Schreckliches, was sich mit ihm ereignet habe oder noch ereignen könne, zeigte er sich jetzt sehr gehoben und selbstbewußt; das feindselige Mißtrauen schien ganz weg zu sein. An die festliche Ausschmückung der Stadt bei einem Besuch des Königs und namentlich an die Beflaggung des Schlosses knüpfte er die Erwartung, daß jetzt das große Ereignis für ihn gekommen sei. Er erklärte dem Arzt: Die Fahnen auf dem Schloß bedeuteten, daß er dort seinen Einzug halten werde; er habe schon seit Tagen Andeutungen hierüber in der Zeitung gelesen; man habe sich immer über das Fest unterhalten; der König komme, um ihn zu empfangen. Über den eigentlichen Zweck dieses Ereignisses sprach er sich nicht aus, er schien selbst nicht klar darüber zu sein. Er zeigte sich unsicher, trotz der äußerlichen Bestimmtheit, mit der er seine Behauptungen vorbrachte. Seine wahnhaften Gedankengänge waren ohne inneren Zusammenhang, ein Bild von etwa zugrunde liegenden Vorgängen schien er sich selbst nicht zu machen. Er vermengte Wirklichkeit und Phantasie, geriet mit sich selbst in grobe Widersprüche und verfälschte auch die Erinnerung der letzten Tage, indem er behauptete, daß er schon seit einiger Zeit gewußt und angeblich bemerkt habe, daß der große Tag für ihn gekommen sei, während er in Wirklichkeit voll der angstvollsten Befürchtungen und Ahnungen gewesen war. Nähere Angaben waren nicht zu erhalten, doch schien der Gedanke sich bei dem Kranken zu zeigen, als ob er in die königliche Familie aufgenommen werden sollte. Die Art der Wahn-

bildung war jetzt eine ganz andere: phantastisch, sprunghaft wechselnd, durch starke Erinnerungsfälschungen und offenkundige Kritiklosigkeit gegenüber neuen Einfällen gekennzeichnet. Der Widerspruch der Gedanken von gestern auf heute wurde nicht bemerkt oder souverän vernachlässigt; das Nichteintreffen von Erwartungen, die er aus unzähligen schriftlichen und mündlichen Andeutungen gebildet hatte, störte ihn keineswegs. Er begleitete sie mit verhältnismäßig geringem Affekt, im schroffen Gegensatz zu der hochgradig geladenen Mißtrauensstimmung der ersten Zeit, die so gespannt war, daß der Arzt jederzeit auf aggressive Ausbrüche gefaßt sein mußte.

Die Episode klang plötzlich ab; am 31. Januar erinnerte er sich nicht mehr daran; er hatte die Schloßbeflaggung und die daran anknüpfenden Größenideen vergessen und kam nie mehr darauf zurück. Er bewegte sich jetzt wieder in seinen alten Gedankenkreisen, und die Krankheit begann nun langsam und stetig abzuflauen. Im Mittelpunkt aller seiner Gedanken stand immer noch Frau N. Er glaubte, daß wegen seiner Verfehlung etwas gegen ihn im Gange sei, was die Ärzte ihm, wenn auch in guter Absicht, vorenthielten. Einen Anschlag gegen sein Leben vermutete er jetzt nicht mehr, aber immerhin eine gerichtliche Verhandlung wegen Ehebruchs. Zeitungsnotizen, das Knacken der Heizanlage u. dgl. bezog er immer wieder in dieser Richtung, doch ließ er sich leichter als früher umstimmen und beeinflussen, fragte auch spontan, ob er sich eigentlich alles nur einbilde.

Seit 5. Februar begannen sich, im Anschluß an die Aufforderung zu einer militärischen Übung, seine Gedanken mehr und mehr seinen normalen Interessenkreisen zuzuwenden; Pläne und Sorgen um seine amtliche Zukunft traten in den Vordergrund. Er kam im Gespräch öfters von selbst auf dienstliche Angelegenheiten, er wünschte Arbeiten, die infolge seiner Erkrankung liegengeblieben waren, zu erledigen, er setzte sich selbst mit seinem Vorgesetzten in Verbindung und verlangte Akten, um einige unerledigte Urteile abzuschließen. Bei all diesen Unternehmungen, in schriftlichen und mündlichen Äußerungen, soweit sie sich nicht auf den krankhaften Komplex bezogen, war schon jetzt nicht das geringste Abnorme mehr zu erkennen. Er disponierte ruhig und besonnen. Auch in den italienischen Sprachübungen, die er mit einem anderen Patienten betrieb, bewies er große Energie, Interesse, Konzentrationsfähigkeit und geistige Frische. Er suchte sich selbst von den quälenden Gedankengängen abzulenken, wenn er auch die Grenze zwischen gesund und krank noch nicht überall scharf zu ziehen vermochte und dadurch oft in Unsicherheit, Unruhe und neue Zweifel verfiel; er begann sich der früheren Vorkommnisse, soweit er sie als krankhaft erkannte, zu schämen.

Am 10. Februar erzählt der behandelnde Arzt, wie der Kranke sich regelmäßig mit juristischen Arbeiten beschäftige. Er hatte einige Urteile ausgearbeitet, die sich bei nachträglicher Erkundigung als sehr sorgfältig durchdacht und gewissenhaft formuliert erwiesen. Er vermied von jetzt ab, über seine Krankheit zu sprechen, er lenkte bei den Visiten das Gespräch sofort auf gleichgültige Dinge, ja er bat direkt darum, daß man ihn nicht an das Vergangene erinnern möchte. Besuche des Hausarztes, dann eines Studienfreundes taten psychisch eine entschieden günstige Wirkung; besonders klärend wirkte der Besuch der Mutter, mit der er sonst nicht gerade herzlich gestanden hatte, die ihm aber

nun die tatsächlichen Vorgänge in X. berichten konnte; er war nun sehr beruhigt, und viele seiner Befürchtungen zerstreuten sich dadurch. Seither wußte und glaubte er, daß Frau N. nicht ermordet sei, daß keine öffentliche Anklage gegen ihn schwebe, und daß nicht alle Welt von ihm und seiner Sache spreche.

Um den 14. Februar äußerte er öfters den Wunsch nach baldiger Entlassung: er glaubte sich in einem Kurort im Süden rascher erholen zu können, als in der Klinik, wo er durch die Umgebung stündlich an all das Schreckliche, was er erlebt habe, erinnert werde. Er ging nun täglich mit einem Richter aus der Stadt spazieren. Er war völlig frei von Angst und Spannung, doch trat eine Neigung zu einem allgemeinen, unbestimmten Mißtrauen und zur Anknüpfung einzelner falscher Beziehungen zuweilen noch hervor; er erzählte dann dem Arzte, daß er „gestern einen kleinen Rückfall gehabt habe", daß ihm plötzlich merkwürdige und verdächtige Dinge aufgefallen seien, denen er aber keine Beachtung geschenkt habe.

In der zweiten Februarhälfte bereitete er seine Abreise vor. Er hatte Prospekte und Reisematerial bestellt und erklärte sich für geistig ganz hergestellt und nur noch körperlicher Erholung bedürftig. In der Tat waren weder Spuren krankhafter Vorstellungen, noch Unregelmäßigkeiten der Stimmung in dieser letzten Zeit mehr bei ihm nachzuweisen; eine eingehende Katamnese lehnte er ab, da ihm die Erinnerung jetzt zu qualvoll sei. Er war in seinem psychischen Verhalten ganz natürlich und unauffällig, in heiterer, zuversichtlicher Gemütslage; sein starkes Selbstgefühl und ein lebhaftes, tätiges Wesen traten deutlich hervor.

So reiste er am 24. Februar 1911 mit ärztlicher Zustimmung nach Meran ab.

Katamnese 1917: Dr. Kluge hat den Feldzug in Serbien und Rußland als Frontoffizier mitgemacht. Er schickt in frischem Ton geschriebene Stimmungsbilder von seinem Kriegsleben in die Heimat, die von seinem körperlichen und psychischen Wohlbefinden Zeugnis ablegen. Verfasser hat sie selbst gelesen: weder inhaltlich noch stilistisch sind Spuren geistiger Störung darin zu erkennen. Dr. Kluge hatte seine juristische Amtstätigkeit wieder versehen und ist erst neulich in seinem Zivilberuf befördert worden. Von Bekannten an seinen früheren Aufenthaltsorten wird sein feines Wesen und sein weiches Gemüt betont. Bei angenehmen, liebenswürdigen Umgangsformen habe er sich doch im ganzen in aristokratischer Zurückhaltung bewegt. Öffentliche Konflikte habe er gescheut, sei überhaupt keine robuste Natur gewesen; seine Lebensart habe vielleicht manchen den Eindruck des Verwöhnten, Anspruchsvollen gemacht und sein vornehmes Auftreten ihn beim Volk unbeliebt erscheinen lassen. Er sei sehr feinfühlig und verletzbar, leicht gerührt und gemütlich angegriffen gewesen. Er habe zurückgezogen und sehr solide gelebt. Von seinem früheren Hauswirt wird sein Charakter sehr gerühmt, seine untadlige Gesinnung, sein Fleiß und Berufseifer hervorgehoben. Er sei ein „nobler Mensch", ein „Gentleman" gewesen.

Der Fall Kluge ist dadurch diagnostisch besonders interessant, daß er in seinen äußeren Umrissen bis zu einem gewissen Zeitpunkt etwa das Bild der alten klassischen Paranoia bot: als sich aus einem intensiv mißtrauischen Verfolgungswahn mit dem Grundgefühl der unerklärlichen Verrückung des Verhältnisses von Ich und Umwelt ein blühender Größenwahn entwickelt hatte, da schien

kein Zweifel mehr möglich, daß ein aus inneren Ursachen genährter, unerbittlich progredienter Krankheitsprozeß das Gehirn des Patienten ergriffen habe. Kaum daß diese Auffassung sich befestigen konnte, so erfolgte ein kritischer Abfall aller Krankheitserscheinungen, der Patient reiste so gut wie gesund aus der Klinik ab und ist seither erstaunlicherweise berufs- und kriegsdienstfähig geblieben.

Was von Anfang an in der Diagnose „Paraphrenie (um die moderne Bezeichnung zu gebrauchen) stutzig machen konnte und auch stutzig gemacht hat, war einmal die fast dauernde Zentrierung des Affekts um ein überwertiges Erlebnis und dann vor allem die immer wieder, teils sofort, teils an ruhigeren Zwischentagen eintretende, weitgehende Berichtigung der Wahnideen. Diese beständige Wellenbewegung zwischen leidenschaftlichem Hervorsprudeln von Wahnvorstellungen und ebenso lebhaftem Wiederzurücknehmen derselben ist bei psychischen Prozessen in diesem Grade wohl kaum zu beobachten.

Im Rahmen unseres sensitiven Beziehungswahns verliert nun der Fall überhaupt seine Rätselhaftigkeit. Dr. Kluge verfällt in den Beziehungswahn über einem jahrelang vergebens innerlich geführten Kampf um die Lösung des Verhältnisses zu einer verheirateten Frau, das er als Unrecht empfunden und im Sinne der beschämenden Insuffizienz verarbeitet hatte. Also ein einfaches Seitenstück zu den sexualethischen Konflikten der alten Mädchen und der Masturbanten. Die neurasthenischen Reaktionen auf Ermüdungseinflüsse (Examen, Staatsanwaltsvertretung) vermissen wir hier so wenig, wie die ausgeprägte Neigung zum Zwangsdenken (Angst vor Vorgesetzten, Lampenfieber) mit Einschluß leichter habitueller Beziehungsgefühle, oder schwere hypochondrische Entgleisungen, wie die wahnhafte Furcht syphilitischer Ansteckung durch die Frau, die psychologisch zu den eingebildeten Rückenmarksleiden der Masturbanten in genauer Parallele steht. Auch die Charakteranlage Kluges mit ihrer feinen Gemütsweichheit, ihrer außerordentlichen Verwundbarkeit und gemütlichen Widerstandsunfähigkeit, mit ihrer skrupulösen Pedanterie auf der einen, mit ihrem aristokratischen Selbstbewußtsein und gespannten Ehrgefühl auf der anderen Seite zeigt die Grundlinien der sensitiven Persönlichkeit.

Doch fällt ein Teil der Klugeschen Individualität über den Rahmen des Sensitiven hinaus, und das ist's, was dem ganzen Krankenblatt seine besondere Färbung gegenüber unseren übrigen Fällen gibt. Von früher Jugend auf ist nämlich eine kleinere primitive Komponente neben der dominierenden sensitiven bei ihm erkennbar. Er ist schwer zu erziehen, jähzornig, in den Pubertätsjahren zu Exzessen in der Lebensführung geneigt, zuweilen herrisch, anspruchsvoll und zänkisch, „die ganze Familie soll sich nach ihm richten"; ein bedrohlicher Zornausbruch gegen die Geliebte wird vom Hausarzt berichtet. Solche Züge von aktivem, launenhaftem Egoismus sind dem rein sensitiven Charakterbild fremd. Wiederum ist es nun bezeichnend für die spezifischen Gesetzmäßigkeiten zwischen psychopathischem Charakter und psychopathischer Reaktion, daß sich dieser primitive Einschlag des Klugeschen Charakters nun auch durch die ganze Krankheitsentwicklung hindurch wie ein roter Faden neben den sensitiven Ausdrucksformen her verfolgen läßt.

Schon bei der Erlebnisverarbeitung tritt neben dem ethisch verinnerlichten seelischen Konflikt das egoistische Motiv, die rein äußerliche Angst vor Be-

strafung und Kompromittierung deutlich genug hervor. Die Psychose selbst aber wird von einem schweren hysterischen Anfall eingeleitet. Der nächtliche Angstausbruch ist von Zittern der Beine, Krämpfen und Zuckungen der Glieder, Aufbäumen des Körpers und affektierter Sprechweise begleitet. Auch später beim Besuch der Schwester ist ein heftiger Weinkrampf notiert. Wir erinnern uns, daß in allen bisherigen Krankengeschichten nennenswerte hysterische Symptome durchaus vermißt wurden — mit Ausnahme von Fräulein Feldweg, die an hysterischen Anfällen litt. Und sie war nun gerade die einzige, bei der wir schon oben ein deutlicheres Vorschlagen egoistischer Charakterzüge bemerkten. Diese Parallele zwischen den Fällen Kluge und Feldweg ist wieder eine Probe auf unsere im zweiten Kapitel ausgesprochene Ansicht, daß die hysterischen Reaktionen primitive Psychopathen bevorzugen.

Hier ist nun sogleich auf die merkwürdige Phase des Größenwahns in der Klugeschen Psychose einzugehen. Wenn wir genauer zusehen, so bemerken wir, daß sie keineswegs wie der Größenwahn der klassischen Paranoia sich mit logischer Konsequenz aus dem Verfolgungswahn herausentwickelt. Im Gegenteil. Sie ist wie ein Fremdkörper mitten in den sonst einheitlich verbundenen, im ganzen kombinatorisch gut zusammenhängenden Gang der Psychose eingesprengt. Sie bildet eine scharf umrissene dreitägige Episode; plötzlich ist sie da, plötzlich ist sie weg. Die Psychose des mißtrauischen Beziehungswahns, die vorher vorhanden war, nimmt nachher ihren Fortgang, als ob nichts geschehen wäre. Eine doppelte Amnesie trennt wie ein tiefer Graben die Periode des Größenwahns von ihrer zeitlichen Umgebung; sie ist nach ihrem Abklingen dauernd im Bewußtsein ausgelöscht, geradeso, wie zur Zeit des Größenwahns der vorausgehende Geisteszustand nicht erinnert, bzw. durch Erinnerungsfälschungen ersetzt worden war. Der Größenwahn wird also in einer Phase scharf umschriebener Bewußtseinsveränderung geboren, wie wir solche bei den hysterischen Psychosen zu sehen gewöhnt sind. Ich möchte als ganz analogen Fall einen Patienten aus meiner Kriegsnervenstation anführen, der nach Verschüttung an einer später geheilten hysterischen Psychose mit extremer Affektspannung und massenhaften Anfällen und Dämmerzuständen erkrankte und der mitten zwischen die schwersten Angstparoxysmen hinein plötzlich mit dem euphorisch gefärbten Wahn hervortrat, der Schah von Persien zu sein, eine Rolle, die er mit großem dramatischem Aufwand auslebte. Genau dieselbe Stellung als unmotiviertes Intervall zwischen schweren, unlustigen Affektspannungen nimmt der Größenwahn im Fall Kluge ein.

Wir können diesen Größenwahn also, cum grano salis, als eine hysterische Insel im Verlauf des sensitiven Beziehungswahns betrachten. Die Bewußtseinsveränderung dokumentiert sich nicht nur in der sprunghaften Umstellung des ganzen Seelenzustandes am Anfang und Ende der euphorischen Periode und den damit verbundenen Amnesien, sondern auch in der assoziativen Auflockerung innerhalb der Phase selbst, die diese Periode von dem ganzen übrigen Verlauf der Psychose unterscheidet. Auch während des Verfolgungswahns fehlt es zwar nicht an dissoziativen, sprunghaft auftretenden Einzelelementen, wie den Ideen von Gedankenregistrierung, magnetischer und telegraphischer Übertragung, überhaupt vielen phantastischen Auswüchsen exzessiver Beziehungssucht. Aber diese fremdartigen Einzelelemente werden doch immer sofort mit dem gesamten

Bewußtseinsinhalt konfrontiert, um entweder berichtigt oder nach Möglichkeit vernünftig kombinatorisch erklärt zu werden.

Ganz anders verhalten sich die krankhaften Ideen in der Periode des Größenwahns. Der Kranke bezieht die festliche Beflaggung der Stadt auf sich, er wird auf dem Schloß seinen Einzug halten, der König will ihn empfangen, er erwartet irgendein großes Ereignis, er fühlt sich sehr gehoben und selbstbewußt. Aber was eigentlich der Zweck der ganzen Sache sei, wie diese Dinge innerlich miteinander zusammenhängen, darüber hat er selbst kein Bild. Er läßt grobe Widersprüche unverglichen nebeneinander bestehen, nähere Begründungen weiß er nicht zu geben. Die Wahnbildung ist „sprunghaft wechselnd, phantastisch, durch starke Erinnerungsfälschungen und offenbare Kritiklosigkeit gegenüber neuen Einfällen gekennzeichnet". Auch die wenig affektstarke, mehr spielerische Art der Verwertung dieser kurzlebigen Größenideen hat in gewissen hysterischen Dämmerzuständen ihre Parallele.

Wenn wir das Wort „hysterisch" im Zusammenhang mit der Größenwahnperiode unseres Patienten gebrauchen, so liegt uns selbstverständlich die Trivialität fern, kurzweg zu sagen: diese Periode ist ein hysterischer Dämmerzustand. Wir würden damit nur die Eigenart dieses höchst merkwürdigen psychiatrischen Gebildes verwischen, die einerseits in dem Vorherrschen der Wahnbildung, andererseits in dem Fehlen deutlicher Bewußtseinstrübung gelegen ist. Wir sagen nur: es handelt sich um eine scharf abgegrenzte Bewußtseinsveränderung, also um eine Ausweichung im früher definierten Sinn, und zwar um eine Ausweichung, die zu gewissen hysterischen Dämmerzuständen deutliche Parallelen hat, ohne aber mit ihnen identisch zu sein. Daß wir diese Parallelen überhaupt ziehen, dazu sind wir angesichts der anderen, grob hysterischen Einlagerungen im Krankheitsbild, wie z. B. des einleitenden hysterischen Anfalls, wohl berechtigt.

Soll man eine inhaltliche Erklärung dieser rätselhaften Größenideen versuchen? Daß sie außer dem äußeren Anlaß der Schloßbeflaggung noch eine tiefere assoziative Wurzel im pathogenen Erlebnis hätten, ist aus dem Krankenblatt nicht zu entnehmen, deshalb natürlich doch nicht ausgeschlossen. Eigentlich ist es ja nur ganz derselbe Assoziationsmechanismus der Beziehungssucht, der jetzt im Dienste des euphorischen Affekts arbeitet, so, wie er vorher der Stimmung unglückschwangeren Mißtrauens das Material herbeischaffte. Wir brauchen also, streng genommen, nicht zu erklären, wie der Patient zu seinen Größenideen selbst kommt, sondern vielmehr, wie sein Affekt aus der vorigen Düsterkeit plötzlich ins Euphorische umzuschlagen vermochte. Gewisse normalpsychologische Parallelen sind ja gegeben. Die Fähigkeit extrem gespannter Affekte, auf ihrem Höhepunkt in den Kontrastaffekt überzufallen, scheint ein psychologisches Gesetz zu sein. Übermäßige Freude kann sich in Tränen Luft machen. Das Umschlagen schwerster Angst und Depression in leeren Gleichmut haben wir beim Rennerschen Fall auch an normalpsychologischen Beispielen erläutert. Die Verkehrung gespannter Unlust in Übermut, wie in unserem Fall, ist dem Volksmunde in dem Sprichwort vom Galgenhumor geläufig. Die Vermutung, daß die euphorische Periode bei Kluge eine Art Gipfelung des übermäßig gespannten Unlustaffekts darstellt, wird dadurch nahegelegt, daß wir kurz vorher ein maximales Anschwellen der „inneren Geladenheit

und Spannung" bis zu Verzweiflungsausbruch und Weinkrampf und sofort nach Schluß der Größenwahnphase das endgültige Abflauen der Psychose verzeichnet finden. Somit stellt die dreitägige euphorische Phase sozusagen die Peripetie des psychischen Dramas dar, genau so wie sich bei Helene Renner Gipfelpunkt und kritische Wendung zum Bessern in der kurzen Periode dämmerhafter Apathie vereinigten.

Dem sei nun, wie ihm wolle. Jedenfalls hat der sensitive Beziehungswahn in seinen schweren Formen offenbar die Neigung, auf dem Höhepunkt Größenideen zu erzeugen. In leichterem Grade sahen wir solche ja auch bei Helene Renner und bei dem Friedmannschen Holzdreher angedeutet, während ihre reichliche Ausbildung im Klugeschen Fall auf der eingetretenen Ausweichung infolge der hysterischen Affinitäten des Krankheitsbildes und damit letzten Endes wohl auf der primitiven Charakterkomponente dieses Mannes beruht. In der psychologischen Erklärung der Größenideen beim sensitiven Beziehungswahn ist die klassische Paranoiahypothese, daß der Größenwahn als logisches Resultat aus dem Verfolgungswahn kombinatorisch herauswachse, mit Bestimmtheit abzulehnen, weil wir eben nichts von logischer Entwicklung, vielmehr ganz isoliertes, subjektiv befremdendes Aufschießen einzelner Größenideen oder blitzartigen Umschlag der Verfolgungsphase in die Größenphase beobachten. Wir sind daher geneigt, diesen Umschlag vielmehr aus einem reflektorischen Affektvorgang nach normalpsychologischen Analogien zu erklären.

Außer der hysterischen Heredität ist im bisherigen alles aufgezählt worden, was sich bei Kluge an hysterischen und hysterieverwandten Zügen findet: der typische initiale Krampfanfall, der spätere Weinkrampf und endlich die umschriebene, mit Amnesie verbundene Bewußtseinsveränderung während des Größenwahns. Alle diese kurzen Phasen sehen wir an affektiven Höhepunkten als umgrenzte Inseln in den einfachen Verlauf des sensitiven Beziehungswahns eingelagert.

Abgesehen von diesen isolierten Reaktionen, zieht sich aber die Spur des primitiven Charaktereinschlags auch noch in einem Dauersymptom kontinuierlich durch die Psychose hindurch. Der Grundaffekt des Klugeschen Beziehungswahns weicht nämlich in seiner Färbung etwas von den reinen Sensitivpsychosen ab. Das Gefühl von schwerer Insuffizienz, von schuldbewußter Verzweiflung und innerer Angst, wie es diesen zukommt, ist zwar auch bei Kluge recht lebendig. Dieser sensitive Grundton verschlingt sich aber mit einem offensiven, feindseligen Mißtrauen, mit einer mühsam beherrschten zornmütigen Explosivität, mit einer Geladenheit und Spannung, die den Arzt in der ersten Zeit oft aggressive Ausbrüche befürchten ließ. Dieser Dauerzustand der aktiv gespannten, explosiven Gemütslage ist den Sensitivpsychosen fremd; dagegen ist er, wie wir im zweiten Kapitel ausgeführt haben, das bezeichnende Hauptmerkmal einer Gruppe von Primitivpsychosen. Der primitive Affekteinschlag kommt allerdings in dem Klugeschen Verfolgungswahn nie voll zum Durchbruch, er schimmert vielmehr, durch die beherrschenden Sensitivaffekte gedämpft und zeitweilig verdeckt, aber für das Auge des Arztes noch bedrohlich genug, hindurch. Auch der jähe Wechsel der Krankheitsintensität, das beständig sich ablösende Spiel von heftigen Krankheitsausbrüchen und verblüffendem Abfall zu scheinbar spiegelglatter Beruhigung ist ein typisch primitiver Zug, der uns aus den

Schockpsychosen des Krieges wohl bekannt ist. Man kann geradezu sagen: Die Krankheit Kluges hat die Intensitätskurve einer Primitivpsychose. Damit stimmt der im Vergleich mit den schwereren Formen des rein sensitiven Beziehungswahns sehr akute Verlauf in einem Zeitraum von $2^1/_2$ Monaten und das plötzliche Abklingen ohne nachschleppendes beziehungsneurotisches Stadium wohl überein.

Unsere Diagnose gegenüber dem Fall Kluge lautet also: sensitiver Beziehungswahn mit primitivem, bzw. hysterisch-primitivem Einschlag.

Auch hier sehen wir übrigens, daß es bei den schweren Sensitivpsychosen meist nicht beim einfachen Beziehungswahn bleibt, daß vielmehr konkrete Verfolgungsideen mit mehr oder weniger durchgeführter Systembildung daraus erwachsen.

Fall 11. Gottlieb Held, geboren 12. Februar 1872, Gastwirt. Der Vater war Trinker, ein sehr aufgeregter Mann mit zeitweisen nervösen Verstimmungen. Eine Schwester ist sehr aufgeregt. Eine Vatersschwester war kriminelle Geisteskranke. Der Patient selbst, ein kleines, dürftiges Männchen, war von Kind auf körperschwach und oftmals krank. Er sagt selbst, daß er schon in der Schule ein bißchen ängstlich, ein „schwächlicher Mensch" gewesen sei, der sich zurückgezogen und nicht gerne Händel gehabt habe. Dann und wann kam es zu hysterischen Ohnmachts- und Krampfanfällen, z. B. als er nachts von seinem Vater geweckt wurde. Die Intelligenz ist eine mittlere.

Er verheiratete sich 1908 mit einer ebenso wohlhabenden, als stattlichen, hübschen und energischen Frau, die ihm freundlich und treu war. In der Wirtsstube bei den Gästen und Freunden des Mannes war sie gern gesehen und bekam manches schmeichelhafte und wohl auch derbe Wort in der landesüblichen Art zu hören, doch ohne sich dabei etwas zu vergeben. Er war bei seinem reizbaren und empfindlichen Wesen ein gutmütiger und solider Mensch, der große Liebe zu seiner Frau hatte; dabei mußte sie sorgsam vermeiden, was sein Autoritätsgefühl nach außen verletzen konnte, denn er vermochte es z. B. nicht zu ertragen, wenn sie bei Anwesenheit von Gästen oder in Gegenwart seiner Stiefkinder mit ihm schalt.

Sie lebten geraume Zeit glücklich miteinander, bis etwa nach einem Jahre Anfälle von Geistesstörung bei ihm ausbrachen, in denen er seine Frau mit sinnloser Eifersucht verfolgte. Er schildert selbst, wie er nach bestimmten Anlässen einen Druck im Kopf spüre, er werde ganz zitterig in den Beinen, es überfalle ihn ein unbestimmtes Angstgefühl. Dann kommen die schweren Gedanken, er ist schlecht gelaunt, stiert vor sich hin, um beim kleinsten Anlaß mit wüsten Schimpfworten gegen seine Frau aufzufahren. Er beginnt sich zurückzuziehen, weil er meint, alle Leute sehen auf ihn, ist menschenscheu, sitzt allein in einer Kammer und weint. Jetzt packen ihn regelmäßig die Eifersuchtsideen, kein Einwand fruchtet mehr, er wird im Streit so heftig, daß er oft selbst nachher nimmer alles weiß. Er lauert seiner Frau am Wegrand auf, wenn sie allein ins Dorf gegangen ist, er beobachtet voll Mißtrauen jeden Blick der Frau, jede Bewegung der Gäste in der Wirtsstube. Wenn er auch nie „etwas Richtiges" tatsächlich wahrgenommen hat, so hat er doch immer das Gefühl, er werde von ihr hintergangen. Einer seiner Freunde geht ohne Gruß von der Metzelsuppe weg; kurz darauf kommt seine Frau aus dem Keller, die eine Flasche Wein geholt hat.

Ein paar Tage später kommt derselbe Freund morgens früh in die Wirtsstube; die Frau erschrickt sichtlich, angeblich, weil sie ihr Haar noch nicht geflochten hatte. Alles behält er und macht sich seine Gedanken darüber.

Solche Zustände dauerten 8 bis 14 Tage, nachher war er wieder ganz geordnet, „der beste Mensch", war gut gegen seine Frau, arbeitete fleißig und hatte vollkommene Krankheitseinsicht. In letzter Zeit, besonders seit er vor einem Jahr durch Intrige der Geschwister vom Vater enterbt worden war, wurden die Anfälle immer schlimmer, die gesunden Zwischenzeiten kürzer. Er wurde oft ganz „rabiat", drohte mit Selbstmord und versuchte sich zu erhängen, war sehr deprimiert und lief oft halbe Tage planlos in der Umgegend umher. Er fing an zu trinken, was er sonst nie tat, war immerfort eifersüchtig, sexuell sehr erregt, quälte seine Frau furchtbar mit seinen Ideen, stieß wilde Drohungen aus, er müsse noch etwas anstellen, das Haus anzünden, so daß Frau und Kinder für ihr Leben fürchteten.

Zuletzt wurde er im Oktober 1913 zur Beobachtung in die Tübinger Klinik gebracht. Hier zeigte er sich als ein etwas aufgeregter und labiler Mensch, lenksam und wenig selbständig in Stimmungen und Gedanken, im Auftreten leicht befangen, dabei stets gutmütig, geordnet und frei von Wahnideen. Er war nicht im mindesten gegen seine Frau eingenommen, wünschte vielmehr sehr, zu ihr nach Hause zu kommen. Es ergab sich bei einer gemeinsamen Besprechung mit ihm und der Frau, die ihm in ihrem Äußeren, wie im Benehmen weit überlegen ist, ihn übrigens jetzt freundlich und geschickt zu behandeln weiß, rasch der Zusammenhang der Dinge.

Der erste Ausbruch der Krankheit, erzählt die Frau, erfolgte kurz nach der Geburt des ersten Kindes, das etwas schwächlich aussah, auf die Bemerkung seines Freundes hin, die er ihr in Gegenwart des Mannes machte, daß er wohl imstande wäre, ihr ein besseres Kind als dies da zu erzeugen. Kurz vorher war er zum erstenmal mit seiner Frau in einen ernstlichen Wortwechsel geraten, nachdem er eines Morgens eines der Stiefkinder, das sich unartig benahm, geschlagen hatte. Darüber machte ihm die Frau eine Szene und habe ihm in Gegenwart der Kinder zugerufen: „Du Saukerl, du bist der nämliche wie dein Vater." Das habe er sich sehr zu Gemüt gezogen; er sei einen Tag lang nimmer ins Zimmer gekommen, habe immerfort gedacht: sie mag mich nicht, sie mag mich nicht. Er habe gemeint, die Sache sei im Ort herumgekommen, jedermann spreche darüber, daß sie Streit gehabt hätten, und jetzt habe er keine Ehr mehr vor den Leuten; er habe nicht mehr wollen in die Kirche gehen, weil er meinte, jedermann sehe ihn an. Er habe ohnehin gedacht, er habe kein rechtes Ansehen neben seiner Frau, weil er weniger Vermögen als sie in die Ehe gebracht habe.

Seit dieser Zeit nun löste jeder derbe Spaß, der in der Wirtschaft seiner Frau zugerufen wurde, jede Situation, wo er sich in seinem Ansehen als Ehemann verletzt glauben konnte, einen der geschilderten Ausbrüche von Depression, Zornmütigkeit, Eifersuchts- und Beziehungswahn bei ihm aus. Anders als auf diesem Wege sei es nie zu einem Anfall gekommen. Wie er selbst über seine Krankheit denkt, bezeichnet am besten ein Brief, den er seiner Frau aus der Klinik schrieb: „Daß ich leider nach vorausgegangenen Unannehmlichkeiten mich in die Eifersucht gerannt habe, tut mir leid, deshalb sorge Du dafür, daß ich wieder darüber

hinwegkomme. Ich habe bloß der Ruhe bedurft; wenn ich meine Ehre, mein Ansehen, meine Achtung wieder genieße bei den Geschäftsleuten, wie vorher, bevor wir Streit gehabt haben, dann sind die Anfälle vorbei; das wirst Du jetzt einmal wissen, daß ich mich nicht immer öffentlich heruntertrommeln lasse, wenn ich geschäftlich etwas aufgeregt bin."

Fall 12. Alois Urban, geboren 21. Juni 1886, Lehrer. Am 27. Juni 1912 kam der Lehrer Urban nach Tübingen in die Sprechstunde der Nervenklinik und bat, ihn zu untersuchen, da er wegen seines Geisteszustandes in Besorgnis wäre. Nach seiner Aufnahme berichtete er über seine Lebensgeschichte folgendes: Sein Vater sei ein sehr reizbarer, zorniger Mann, seine Mutter gestorben, Geschwister und weitere Familie gesund. Als Kind sei er ein aufgeweckter Junge, ein richtiger Wildfang gewesen, habe eifrig gespielt, gut und fleißig gelernt und schnell begriffen. Er habe schon angefangen, nervös zu werden, als er aus der Volksschule ins Lehrerseminar T. kam. Durch Sturz beim Turnen zog er sich in dieser Zeit eine Gehirnerschütterung[1]) zu, in deren Gefolge er ein Jahr lang wegen Kopfschmerzen und Schwindelgefühl die Schule nicht besuchte; er habe in der ersten Zeit viel phantasiert, besonders auf die Lehrer geschimpft. Der Schwindel habe sich allmählich verloren, das Kopfweh ihn seither nicht mehr verlassen. In den letzten Jahren des Seminarbesuchs mußte er sich mehr und mehr anstrengen, hatte das Gefühl, nicht mehr recht mitzukommen; der Schlaf war damals noch gut, krankhafte Vorstellungen fehlten vollständig.

1907 erstand er das Examen mit Note „ziemlich gut" und wurde sogleich als Lehrer verwendet. Er hatte auf der ersten Stelle Oberklassen, unterrichtete gut und mit Eifer, fühlte sich recht frisch und frei, nur fiel ihm seine starke Reizbarkeit im Amt schon damals lästig. Dagegen brachte ihn der Militärdienst (1908/09) nervös sehr herunter. Sein Korporalschaftsführer, der seine Reizbarkeit kannte, habe ihn so schikaniert, daß er einmal das Seitengewehr gegen ihn gezogen habe. Er hielt sich meist zurückgezogen, war zeitweise so verstimmt, daß er keinen Menschen sehen mochte, verärgert und trübselig. Alkohol konnte er nie ertragen; trank er Bier, so verstärkte sich seine gedrückte Stimmung. Auch nach der Entlassung vom Militär fühlte er sich noch nicht wie früher, vielmehr ungesellig, mißgestimmt und jähzornig. Im Jahre 1910 mußte er Unterklassen übernehmen; es fiel ihm dies sehr schwer, weil er für kleine Kinder nicht genügend Geduld hatte und mit Gewalt rasche Fortschritte erzwingen wollte; auch geriet er in Streit mit dem Hauptlehrer, der ihn der Unsittlichkeit mit Schulmädchen beschuldigte und deshalb vor Gericht brachte; hier wurden diese Behauptungen als unwahr erkannt, und Urban freigesprochen. Doch habe ihn dieser Vorfall aufs äußerste mitgenommen. Er bemerkte, daß die Kinder ihn nicht mehr grüßten, und vermutete, daß sie vom Oberlehrer dazu aufgestachelt wären. Auch die Erbitterung der Einwohner gegen

[1]) Auf die Rolle von Hirntraumen bei der späteren Entstehung psychogener Wahnbildungen werde ich in einer demnächst erscheinenden Abhandlung näher eingehen. Die disponierende Wirkung kann sich auf viele Jahre nach der Verletzung erstrecken. Übrigens hat auch der Malermeister im zweiten Kapitel in seinem 15. Lebensjahr eine Gehirnerschütterung mit nachher nicht recht zurückgebildeten Beschwerden erlitten, was dort nicht ausdrücklich erwähnt wurde.

ihn wegen Mißhandlung der Kinder führte er auf Verhetzung durch den Oberlehrer zurück, obgleich er selbst zugestand, daß er immer schon so reizbar zur Schule kam, daß er, ohne es zu wollen, die Kinder hart behandelte. Wenn er damals in eine Wirtschaft kam und ihn jemand anschaute, so glaubte er immer, der betreffende Mensch hätte etwas gegen ihn, könne ihn nicht leiden — auch wenn es eine ganz fremde Person war. Alle Leute wurden stumm, wenn er auf der Straße an ihnen vorbeikam; er schloß daraus, daß sie soeben auf ihn geschimpft hätten. Oft fühlte er sich sehr müde, abgespannt, das Denken fiel ihm schwer; er ging viel spazieren und konnte keinen Menschen sehen, weil er glaubte, daß jedermann im Dorf sein Feind sei. Er war häufig grundlos verstimmt und wurde schon böse, wenn ihn nur jemand ansprach; er litt an Kopfschmerzen und zunehmender Schlaflosigkeit, träumte viel und schwer von der Schule; wenn nur eine Tür knarrte, schreckte er auf mit dem Gefühl: jetzt muß jemand kommen und mich beschimpfen.

Wegen der ungünstigen Verhältnisse meldete er sich weg nach B. Aber kaum war er dort, als er sich schon wieder von allen Seiten beobachtet sah, und bemerkte, daß alles über ihn schimpfte, daß alles stumm wurde, wie er in die Nähe kam. In seiner Erregung zog er sich durch Kindermißhandlung 20 Mark Geldstrafe und einen Rüffel zu. Das nächste Halbjahr in R. ging es ihm leidlich. Dagegen verschlimmerte sich sein Zustand sofort, als er im Juli 1911 nach M. versetzt wurde, das von B. nur eine Stunde entfernt lag. Alle Leute wußten schon, daß er der „Held" von B. sei, der Kreisschulrat verwarnte ihn gleich zu Anfang. Jedermann hatte ein Auge auf ihn; er bemerkte, daß der Nachbar ihm stundenlang ins Schulzimmer sah, um ihn zu kontrollieren. Er wußte, daß man in der Wirtschaft den ganzen Tag über ihn loszog, obgleich er nie dort verkehrte. Der Gedanke habe sich immer mehr in seinem Kopf festgesetzt, daß alle Welt ihm übelwolle. Im August 1911 suchte er zu Hause bei seinem Vater Erholung, saß daheim herum, tief verbittert, menschenscheu, lebensüberdrüssig; er glaubte, auch hier in aller Leute Mund zu sein (obgleich, wie er später erfuhr, niemand von seiner Vorgeschichte wußte).

In H., wo er seit Oktober 1911 angestellt war, bekämpfte er mit erneuter Anstrengung seine enorme Reizbarkeit. Wenn er in schlechter Laune zur Schule kam, verließ er den Saal, um draußen auf und ab zu gehen, bis der Zorn verflogen war. Um sich besser zu beherrschen, warf er in solchen Augenblicken den Stock in die Ecke, und keiner der Schüler durfte ihn aufheben. Allein in seinem Ehrgeiz, mit den Schülern Fortschritte zu erzielen, die Zurückgebliebenen mit Gewalt vorwärtszubringen, schalt und schlug er immer wieder heftig, so daß die Erbitterung der Einwohnerschaft groß gegen ihn wurde, obgleich der Bürgermeister seinen Eifer im Unterricht anerkannte. So besserte sich sein Zustand nicht, und er wurde so überaus argwöhnisch, daß er schon nach dem kleinsten Tadel, den er einem Schüler aussprach, den Gedanken nicht loswerden konnte, jetzt schimpfe das ganze Dorf über ihn. Auch in den Nächten verfolgte ihn im Schlaf immer noch dieser Gedanke. Er litt unter der Angst und schreckte beim leisesten Geräusch auf, um zu horchen, ob jemand käme, Streit mit ihm anzufangen. Mehrmals ging er im Schlaf aus dem Bett und wachte auf, wie er aus dem Fenster schaute, ob jemand unten stünde.

Als sich solche nächtlichen, traumwachen Zustände wiederholten, begab er

sich in die Klinik, um seinen Nervenzustand untersuchen zu lassen. Hier fühlte er sich schon nach zwei Tagen viel frischer, hatte besseren Humor. Nach den ersten Nächten, wo er viel im Traum schrie und schimpfte, schlief er ruhiger, seine zu Anfang stark hervortretende Reizbarkeit nahm zusehends ab. In Benehmen und Gedankengang zeigte er sich stets vollkommen geordnet und als ein Mann von Interessen und guten Kenntnissen. Über seine Vorgeschichte urteilte er schon nach zwei Tagen vollkommen verständig; daß die Leute immer nur auf ihn geschimpft und ihn beobachtet haben, sei eingebildet gewesen. Er habe, wie auch seine Kollegen gemeint hätten, aus jeder Mücke einen Elefanten gemacht; er lächelte selbst ein wenig über viele seiner Geschichten und hatte sich auch über das Schlafwandeln beruhigt. Im übrigen bestätigten die eingeforderten Personalakten seine Angaben in vollem Umfang, besonders seine ganz außergewöhnliche Reizbarkeit; er habe seine Schüler ständig, wo er nur den geringsten Widerstand fand, geprügelt. Die körperliche Untersuchung ergab außer labiler Herzaktion und starker Dermographie nichts Bemerkenswertes. Am 13. Juli 1912 konnte Urban als sehr gebessert wieder in den Schuldienst entlassen werden.

Der Lehrer Urban und der Gastwirt Held bilden nach Persönlichkeit und psychopathischer Reaktion eine einheitliche Gruppe. Während die rein sensitiven und vorwiegend sensitiven Beziehungsneurotiker (zu welch letzteren auch Dr. Kluge gehört), ziemlich seltene, häufig recht komplizierte und reich veranlagte Persönlichkeitstypen darstellen, stehen Fälle wie Urban und Held dem Bild des landläufigen Psychopathen viel näher. In ihrer Mischung von Überreizbarkeit und Haltlosigkeit gehören sie ganz vorwiegend der großen primitiven Charaktergruppe an. Beide sind feige, willensschwache, unselbständige Naturen, die durch kleine Anlässe immer wieder zu gefährlichen Wutausbrüchen hingerissen werden. Aber sie sind nicht bloß primitiv, denn sie haben noch die Fähigkeit, unter ihrer Charakteranlage ernsthaft innerlich zu leiden. Der Ehrgeiz, mit dem sie gegen die engen Schranken ihrer Natur ankämpfen, die Nachhaltigkeit, mit der sie ihre beschämenden Erlebnisse in sich verarbeiten und die Züge von Gemütsweichheit, die sie dabei an den Tag legen, verraten immerhin noch so viel ethische Wärme, daß man berechtigt ist, von einem sensitiven Einschlag in einem vorwiegend primitiven Charakterbild zu sprechen. Nur dieser sensitive Einschlag erklärt gewisse Seiten ihrer wahnhaften Reaktion.

Der Lehrer Urban, erblich belastet und körperlich nervös, gerät durch seine unmäßige Reizbarkeit bald nach seinem Eintritt in den Beruf in immer erneute Konflikte, indem er sich schon bei kleinem Anlaß zu wüsten Prügeleien an den Kindern hinreißen läßt. Bei seinem ernsthaften Berufseifer leidet er sehr unter diesen Dingen, er sucht mit allen Mitteln, durch Verlassen des Schulzimmers, Wegwerfen des Stockes, seiner Wutausbrüche, jedoch vergebens, Herr zu werden. Tagelange Verstimmungen, mißmutige Depression und zunehmende schwere Nervosität stellen sich ein. Indem er seine immer erneute Niederlage im Kampf gegen seine Reizbarkeit im Sinne der beschämenden Insuffizienz verarbeitet, beginnt er die Zeichen der tatsächlich gegen ihn vorhandenen Mißstimmung im Dorf nach der Richtung des Beziehungswahns auszubauen: jedermann sieht ihn im Wirtshaus an, man wird stumm, wenn er auf der Straße vor-

beikommt, man kontrolliert ihn stundenlang durchs Fenster des Schulzimmers. Wie er in ein anderes Dorf kommt, weiß man dort schon, daß er der „Held von B." ist. Tiefe Verbitterung, Menschenscheu, Lebensüberdruß gewinnen die Oberhand. Nach seinem freiwilligen Eintritt in die Klinik klingt das Krankheitsbild in wenigen Tagen ab, nachdem es etwa zwei Jahre gedauert hatte.

Ein Gegenstück zu diesem Berufskonflikt bildet der Ehekonflikt des Gastwirts Held, der als ein schwächlicher, unbedeutender Psychopath mit einer stattlichen, energischen Frau verheiratet ist. Das beschämende Gefühl, neben der Frau eine jämmerliche Figur zu machen, zieht sich als Leitmotiv durch die Seelenstörung des Mannes hindurch. Es ist die durchsichtige Quelle seiner Eifersuchts- und Beziehungsideen, wie seiner Verstimmungen und Wutausbrüche; das innerlich eingestandene und gemütlich nachhaltig empfundene Gefühl seiner eigenen Minderwertigkeit beginnt er wahnhaft aus dem Verhalten seiner Frau herauszulesen, indem er alltägliche Vorkommnisse in der Wirtschaft gegen sich bezieht, indem er in jedem Scherz, den die Frau von anderen Männern zu hören bekommt, eine Bevorzugung dieser Männer ihm gegenüber und in jedem Scheltwort, das sie gegen ihn fallen läßt, eine schwere Herabsetzung seiner Persönlichkeit zu erkennen glaubt. Er glaubt zuletzt, seine Ehre vor den Leuten verloren zu haben, die Sache sei im Ort herumgekommen, und jedermann sehe ihn auf dem Kirchweg an. Auch hier verschwinden die krankhaften Störungen sofort nach der Aufnahme in die Klinik. Das Gefühl der beschämenden Insuffizienz erscheint hier durch die zärtliche Liebe zu der Frau, geradeso wie bei Lehrer Urban durch den ernsthaften Berufseifer, ethisch vertieft und deshalb die Betrachtung unter dem Gesichtspunkt des sensitiven Beziehungswahns berechtigt. Unsere Diagnose wird für beide Fälle lauten: primitive Affektreaktionen mit sensitiv-wahnhaftem Einschlag. Wir haben damit gleichzeitig auch eine der vielen psychologischen Entstehungsformen des Eifersuchtswahns beleuchtet.

Wenn wir die Grenzgebiete des sensitiven Beziehungswahns absuchen, so dürfen wir an dem von Gaupp veröffentlichten **Fall Wagner** nicht vorübergehen. Man wird mir einwenden: was hat dieser Verbrecher, dessen Krankheitsgeschichte mit einem der brutalsten Massenmorde der neueren Kriminalgeschichte endet, was hat dieser schauerlich heroische Blutmensch mit den zarten, gemütsvollen, feinnervigen Naturen zu tun, die unserer Schilderung der sensitiven Charaktergruppe zugrunde liegen? Es ist aber schon von Gaupp ausdrücklich betont worden, daß Brutalität am allerwenigsten den Grundzug des Wagnerschen Charakters bildet. Man könnte sagen: die heroische Gewalttat bildet den Endpunkt, aber durchaus nicht den Schlüssel seiner Persönlichkeitsentwicklung. Wenn am Schluß des Gauppschen Buches der Eindruck eines Richters erwähnt wird: „Man erwartet, einen schweren Verbrecher zu finden, und man findet einen gramgebeugten Mann ..., der von höflichem, schüchternem, manchmal beinahe kindlichem Wesen ist", so klingt das in unserem Zusammenhang schon viel weniger fremd, und dieses Gefühl der inneren Verwandtschaft wird vertieft, wenn wir Wagner auf die Frage, ob Schuldgefühl oder Haß vor der Tat in ihm stärker gewesen seien, antworten hören, daß das Schuldgefühl stärker war.

Die Entwicklung der Wagnerschen Psychose, die im Original nachgelesen werden muß, ist kurz die: Der Hauptlehrer Wagner hat sich im Jahre 1901, ohne

daß jemand davon erfuhr, sodomitisch vergangen. Unter den heftigsten Gewissensbissen entwickelt sich im Anschluß sofort ein Beziehungswahn, der, durch Ortswechsel nur vorübergehend unterbrochen, bis zur Tat anhält und zuletzt unter schwersten inneren Kämpfen den Entschluß, die Stätte seiner Tat mit seinen vermeintlichen Verleumdern zu vernichten, im Jahre 1913 zur Ausführung kommen läßt. Die Anlage des seelischen Konflikts ist genau dieselbe wie beim Masturbantenwahn (der übrigens auch bei Wagner in jüngeren Jahren sich angedeutet findet). Die maßlos überwertete sexuelle Verfehlung wird im Sinne der beschämenden Insuffizienz verarbeitet und zum Beziehungswahn invertiert. Die jahrelange absolute Verhaltung des pathogenen Erlebnisses, die daraus entstehenden schwersten innerlichen Affektspannungen, die immer erneute Niederlage des zusammengerafften ethischen Selbstgefühls gegen die verhaßte eigene Willensschwäche und die von Schuldgefühl beherrschte Grundstimmung tiefster Verzweiflung, Angst und Seelenqual — das alles entspricht mit vollkommener Gesetzmäßigkeit dem sensitiven Krankheitsbilde, wie wir es in den früheren Kapiteln gezeichnet haben. Viele Jahre lang ist die Psychose Wagner in ihrer Grundlinie nichts anderes, als ein sensitiver Beziehungswahn gewesen. Erst das Ende, die, wenn man so will, erlösende Tat, die in einer gewaltigen, äußeren Katastrophe den seelischen Leidensweg mit eigener Kraft zum Abschluß bringt, ist neu und überraschend. Das ist nicht mehr die Tat eines Sensitiven — denn der Sensitive ist nicht der Mann der Tat —, sondern hier tritt plötzlich aus der brütenden Dämmerung sensitiven Innenlebens ins grelle Tageslicht ein Mensch hervor, der mit erbittertem Egoismus, in zäher, planvoller Vorbereitung, unter heroischem Einsatz von Ehre und Leben gegen die ganze Welt voller Feinde sein Recht und seine Rache fordert — eine großartige Figur, dem Michael Kohlhaas ebenbürtig.

Ein psychologisches Rätsel: wie kann aus dem Sensitiven, dem tief in sich Verborgenen, dem Angstvollen, Gewissensgequälten mit einem Mal der größenwahnsinnige Kämpfer geboren werden, der nach einer Bluttat ohnegleichen in den Flammen eines Königsschlosses sein Ende sucht? Die Lösung ist nicht schwer zu finden. Beide, der Sensitive und der Kampfneurotiker, haben in der Brust desselben Mannes von Jugend auf nebeneinander gewohnt, und die unerträgliche Spannung zwischen beiden Polen seines Charakters ist ihm zum tragischen Schicksal geworden. Man wird sich erinnern, daß wir die Spannung zwischen asthenischer Charaktergrundlage und sthenischem Charaktereinschlag als das Wesen der sensitiven Persönlichkeit, gerade in ihrer beziehungsneurotischen Ausprägung bezeichnet haben. Doch bleibt dort die asthenische Komponente stets die beherrschende. Wir haben bei den rein sensitiven Fällen nirgends gesehen, daß sich das sthenische Charaktermoment bis zu einem voll ausgebildeten kampfneurotischen Persönlichkeitsfaktor verdichtet hätte. Dies ist aber nun gerade bei Wagner der Fall.

Wenn wir im zweiten Kapitel als Wesen des expansiven Charakters den Dämpfungsdefekt, das maßlose Selbstbewußtsein, die ungezügelte Fähigkeit zu sthenischen Affekten und die zähe Eigenwilligkeit bezeichnet haben, so treten uns diese Eigenschaften in Wagners Lebenslauf auf Schritt und Tritt entgegen. Wenn wir aber nun diese nach außen besonders hervortretenden Charakterzüge des Kampfneurotikers aus den Akten gesammelt

haben und nun ein abgeschlossenes Bild seiner Persönlichkeit zu haben glauben, so werden wir alsbald wieder irre gemacht durch dazwischengestreute Zeugnisse anderer Personen, die ein genau entgegengesetztes Bild von Wagner entwerfen. Man glaubt zwei ganz verschiedene Personen beschreiben zu hören, wenn die einen seiner früheren Bekannten den Wahrheitsfanatiker, den verbissenen Doktrinär mit seiner „an Größenwahn grenzenden" Selbstüberhebung und Menschenverachtung schildern, der allem Bestehenden leidenschaftlich radikale Opposition macht und des Nachts im Wirtshaus den Gästen unter wildem Bramarbasieren mit rücksichtslosem Zynismus seine Haßreden ins Gesicht schleudert. Ist das derselbe Mensch, wie der feine, empfindliche Aristokrat mit dem überzarten Gewissen, der melancholische Träumer, der „gutmütige, hilfsbereite, liebe" Kamerad, der „bescheidene", stille, „fast schüchterne" Innenmensch, der nervenschwache Hypochonder, der kein Blut sehen kann, der sich selbst anklagende, ängstliche Zögerer, der seine Entschlüsse von Jahr zu Jahr verschiebt, der gemütsweiche, liebevolle Vater seiner Kinder? Wenn je zwei Seelen in einer Brust gewohnt haben, so ist es bei Wagner der Fall. An diesem rätselhaften Janiskopf hatten schon vor der schweren Tat viele herumgeraten, vielen hatte er nur das eine, vielen nur das andere Gesicht gezeigt.

Als Psychiater können wir unschwer in dem einen Antlitz die rücksichtslos leidenschaftlichen Züge des expansiven Kampfneurotikers eingemeißelt finden, so wie sich auf dem anderen Antlitz die weiche, grüblerische Innerlichkeit des Sensitivneurotikers abspiegelt. Nicht nur zwei Charakterseiten, sondern gleichsam zwei voll ausgeprägte Charaktere sind hier in einen Menschen zusammengedrängt, und daraus verstehen wir die tiefe Unglückseligkeit, das Rätsel und die Größe seines Schicksals. Die Geisteskrankheit Wagners stellt klinisch einen sensitiven Beziehungswahn dar, der unter dem Übermaß der Affektspannung zuletzt in einer Kampfpsychose endigt. Sein Haß (und zum Teil auch seine Größenideen) entspringen aus dem Schuldgefühl oder, wie er selbst sagt: er haßte den Stein, an dem er sich gestoßen hatte. Der psychologische Unterschied des sonst so ähnlichen Krankheitsverlaufs von den paranoischen Psychosen schwächerer sensitiver Naturen liegt darin, daß diese, wie Helene Renner oder Dr. Kluge, die unerträgliche Überspannung des sensitiven Affekts in akuten, dissoziativen Geistesstörungen auflösten, während Wagner noch die verhängnisvolle Kraft besaß, das Problem seiner Psychose in bewußtem seelischem Austrag gewaltsam zu zerhauen, indem er das sensitivneurotische Erlebnis in ein kampfneurotisches verwandelte. Neben diesen reaktiven Entwicklungslinien des Wahns, die in überwerteten Sexualerlebnissen ihre Wurzeln haben, darf übrigens ein Teil des Wahngebäudes bei Wagner nicht übersehen werden, der ohne unmittelbare Abhängigkeit von einzelnen Erlebnissen, aber doch in innigster Beziehung sowohl mit der sensitiven, wie mit der expansiven Seite seiner Charakterentwicklung schon frühe entsteht: das ist sein literarischer Größenwahn, in dem er immer mehr in eine fast religiöse Prophetenrolle hineinwächst. Von dieser Seite betrachtet, entspricht Wagner dem Bilde des Kraepelinschen Paranoikers vom Erfinder- und Prophetentyp. Dieser Prophetenwahn ist bei Wagner die Zuflucht des durch sein Erlebnis sensitiv Gequälten, ein Größenwahn aus Schwäche, wie bei vielen Literaten, ein Wunschasyl vor den Unbilden der Welt; er ist umgekehrt auch wieder

ein mächtiger Sporn, der der expansiven Charakterseite in ihrer Entwicklung zur Tat zum Durchbruch verhilft. Der Paranoiker im Kraepelinschen Sinn ist also bei Wagner untrennbar in den „psychogenen" Wahnzusammenhang verkettet. Dies ist für die spätere Lösung der Frage: „Sensitiver Beziehungswahn und Paranoia" festzuhalten.

Auch den öfters (z. B. von Kraepelin und von Maier) diskutierten **Fall „geheilter Paranoia" von Bjerre** möchte ich mit Wahrscheinlichkeit unter die paranoischen Psychosen auf sensitiv gemischter Charaktergrundlage rechnen. Die Patientin rückte mit 18 Jahren (ich zitiere den äußeren Tatbestand nach der kurzen Fassung von H. W. Maier) „aus Spaß" eine Heiratsannonce ein und trat mit einem anonymen Bewerber, dessen Namen sie nicht kannte, in einen schwärmerischen Briefwechsel. Diese Korrespondenz dauerte anonym 20 Jahre. Als sie den Mann, den sie für ihr Ideal hielt, mit 38 Jahren zufällig kennenlernte, war sie schwer enttäuscht. Im Zusammenhang damit fing sie kurz darauf mit einem anderen Herrn, der ihr gemütlich fernstand, ein sexuelles Verhältnis an mit dem Zweck, sich auszuleben. Nach einem halben Jahre war das Verhältnis zu Ende. Damals fing man an, sie auszuspionieren. Die Leute merkten, daß sie nicht mehr rein war, machten Anspielungen, merkwürdige Zeichen mit der Zunge. Allmählich wurde die Verfolgung allgemeiner, es standen Bemerkungen über sie in der Zeitung, zuletzt beteiligten sich ihre besten Freundinnen am Komplott. Nachdem der Verfolgungswahn mit Schwankungen etwa zehn Jahre gedauert hatte, wurde die Kranke von Bjerre durch eine sehr eindringende psychologische Behandlung vollständig geheilt.

Wenn auch eine eingehende Charakterschilderung fehlt, möchte ich doch einige wichtige Punkte aus der Bjerreschen Originalarbeit hervorheben. Die Kranke liebte sehr ihre ältere Schwester. „Bei ihr fand sie den Schutz, den sie so nötig hatte; denn sie war immer sehr scheu und unsicher. In der Gesellschaft verbarg sie sich hinter der Schwester und ließ sie für beide plaudern." Man wird mir zugeben, daß in diesen paar Worten ein Komplex typisch sensitiver Charaktereigenschaften eingeschlossen ist. Wenn wir zu dieser starken Liebesfähigkeit, Anlehnungsbedürftigkeit, dieser Scheu, Unsicherheit und gesellschaftlichen Befangenheit die Tatsache hinzunehmen, daß es sich um eine sehr intelligente, geistig differenzierte und feingebildete Dame handelt, so haben wir damit einen wichtigen Teil ihres geistigen Profils erfaßt, der uns eine klare Deutung eines Teils ihrer weiteren Entwicklung gestattet. Das sehr massive und geistlose Verhältnis, das sie nach ihrer ersten Enttäuschung anfing, war zweifellos weit unter ihrem ethischen Niveau. Der Anlaß, bei dem der Beziehungswahn zum erstenmal auftritt, ist charakterologisch bezeichnend. Sie trifft beim Pferderennen mit einer ihr unbekannten eleganten Halbweltdame zusammen, die nach der zweifellos richtigen Interpretation Bjerres in ihr das Gefühl wachruft, selbst auf die Stufe einer Dirne herabgesunken zu sein. In den nächsten Tagen bemerkt sie dieselben versteckten Anzüglichkeiten auf der Straße gegen sich, die sie im Benehmen der Herren jener Dame gegenüber glaubte wahrgenommen zu haben. Von hier aus entwickeln sich ihre Verfolgungsideen.

Ich brauche über diese nunmehr für unsere Erkenntnis schon ganz typische Konstellation nicht mehr viel Worte zu machen: deutlich sensitive Charakterzüge, Erlebnis der beschämenden ethischen Insuffizienz und sensitiver Beziehungs-

wahn. Den endgültigen Beweis dieser Auffassung gibt die Heilung unter psychischer Behandlung. Bei der entschiedenen psychotherapeutischen Beeinflußbarkeit, die auch viele unserer Fälle gezeigt haben, halten wir Bjerres ärztlichen Optimismus auf diesem Gebiete für gerechtfertigt.

Damit ist aber die seelische Entwicklung dieser Frau nicht erschöpft. Wir finden in derselben Dame zugleich eine fanatische Frauenrechtlerin von zum Teil recht resoluter beruflicher Entschlußfähigkeit und von einem von Bjerre hervorgehobenen lebhaften Rechtsgefühl, dem sie gelegentlich in den „stärksten Worten" Luft zu machen vermag. „Bei jeder Gelegenheit verteidigte sie die Rechte der Frau." Dieses selbständige expansive Charakterstück darf nicht übersehen werden.

Eine dritte Charakterseite hängt mit dem später zu besprechenden Thema der Wunschpsychosen aufs engste zusammen. „Ich kann nicht mit jener Genauigkeit denken," sagt sie, „ich habe überhaupt nie mit dem Intellekt gedacht, sondern immer mit dem Gefühle." Sie zeigt sich schwärmerisch-phantastisch von Kindheit auf, sie lebte in erdichteten Situationen und Tagträumen. Es gehört zu dieser Seite ihrer Persönlichkeit der in seiner Dauerhaftigkeit und psychischen Tragweite höchst abnorme, 20 Jahre dauernde anonyme Briefwechsel, einer schwärmerischen Liebesillusion gegen eine unsichtbare Idealfigur entsprungen, die in das Kapitel der „Fernliebe" (s. u.) gehört. Was hindert uns daran, diese Phase der seelischen Entwicklung der Patientin als eine abortive Kraepelinsche Paranoia im Sinne der erotischen Verrücktheit zu bezeichnen? Die psychologische Struktur gewiß nicht. Aus dieser Phase aber ist der spätere sensitive Beziehungswahn durch Vermittlung des ebenfalls abnormen sexuellen Enttäuschungs- oder Ersatzverhältnisses mit psychologischer Kontinuität entsprungen. Ist das Ganze nun eine „Paranoia" oder ist es „nur psychogen"? Das Schiefe dieser Fragestellung wird man, ebenso wie beim Fall Wagner, schon bei dieser kurzen Skizze herausfühlen. Weshalb sie schief ist, werden wir im Schlußkapitel klarstellen. Schon hier aber können wir beobachten, daß ebenso, wie primitive Charakteraffinitäten die rasche Heilbarkeit sensitiver Psychosen begünstigen, so expansive Züge in der Persönlichkeit den sensitiven Beziehungswahn zu einer solchen Härte und Festigkeit gedeihen lassen können, daß er in über ein Jahrzehnt hinziehendem Verlauf (auch bei Bjerres Patientin) keine Neigung zu spontaner Rückbildung zeigt, und daß er, wie im Fall Wagner, eine unerbittlich konsequente Progression, ausgebaute Systematisierung, Unbeeinflußbarkeit und Unheilbarkeit erreicht, wie man sie sich echt paranoischer nicht denken kann.

Siebentes Kapitel:

Habituelle Beziehungsneurosen.

Die bisherigen Krankheitsbilder entstanden in der Hauptsache als umschriebene Reaktionen auf bestimmte, affektstarke Erlebnisse, die sich aus dem übrigen Lebensgang ihrer Trägers scharf heraushoben. Sie sind in der Tat auch die wichtigsten und hauptsächlichsten Vertreter des sensitiven Beziehungswahns. Daneben bleibt aber noch eine kleine Gruppe beziehungsneurotischer Störungen

nachzuholen, bei denen dem Erlebnis nicht diese ausschlaggebende Bedeutung zukommt. Hier ist vielmehr die Neigung zur Eigenbeziehung mehr diffus, als habituelle psychopathische Eigentümlichkeit über größere Strecken des Lebens verteilt. Ganz derselbe Unterschied zwischen umschriebenen Erlebnisreaktionen (z. B. bei der Försterstochter G.) und diffuser habitueller Neurose findet sich übrigens auch im Gebiete der Zwangsvorstellung, nur mit dem Unterschiede, daß bei der Zwangsneurose die mehr habituellen Störungen überwiegen, während bei den Beziehungsneurotikern umgekehrt die reaktiven Erkrankungen im Vordergrunde stehen.

Überhaupt gibt es natürlich zwischen der habituellen und der reaktiven Gruppe keine grundsätzliche Trennungslinie. Wir haben beim reaktiven Beziehungswahn gesehen, daß sich in einzelnen Fällen, z. B. bei Dr. Kluge, etwas Neigung zu habituellem Beziehungsgefühl schon vor der Erkrankung nachweisen ließ, und vor allem, daß manche schweren reaktiven Zustandsbilder, wie etwa in den Fällen Renner und Feldweg, ohne scharfe Grenze in einen chronischen Zustand habitueller Beziehungsneurose ausmündeten. So wird sich umgekehrt in diesem Kapitel herausstellen, daß die habituelle Eigenbeziehung ihren Trägern keineswegs das ganze Leben hindurch in gleicher Stärke anhaftet, daß vielmehr ruhige Zeiträume bis zur fast völligen Latenz der Störungen mit zeitweiligen Steigerungen abwechseln, welch letztere nach denselben Gesetzen wie beim vorwiegend reaktiven Wahn teils durch Verhaltung, teils durch Erschöpfung hervorgerufen sind. Doch handelt es sich hier um leichtere Krankheitszustände. Schwere Bilder tieferer Geistesstörung werden vermißt.

Ein gutes Beispiel habitueller Beziehungsneurose gibt der Zimmermann Bachmayer. Der Hang zur Eigenbeziehung haftet ihm schon in der Schulzeit und seither dauernd an, in Form eines diffusen, aber lebhaften Gefühls, das durch äußere Kleinigkeiten alsbald wachgerufen wird. Zweimal sind bisher bei ihm kurze reaktive Steigerungen dieses Dauerzustandes aufgetreten. Das eine Mal, wie er sich vom Zorn hatte zu Tätlichkeiten gegen einen Kameraden hinreißen lassen, und das andere Mal, wie er aus der Garnison in Urlaub kam, wobei es ihm peinlich war, trotz seiner Körperstärke noch nicht im Felde gewesen zu sein. Es handelt sich also um kleine Erlebnisse, die im Sinne der beschämenden Insuffizienz verarbeitet waren. Beide Male wird aus dem gewöhnlichen, diffusen Beziehungsgefühl vorübergehend ein konkreter Beziehungswahn, der bestimmte Personen im Auge hat, bestimmte Äußerungen heraushört und der Berichtigung erst nach einigen Wochen zugänglich wird.

Da die Eigenbeziehung das führende Symptom im Krankheitsbild ist, so bezeichnen wir den neurotischen Gesamtzustand als Beziehungsneurose. Dabei fehlt nicht die psychologisch eng verwandte Neigung zum Zwangsdenken und zur Hypochondrie. Endlich ist die konstitutionelle Verstimmung, die Neigung zu nachhaltigen Depressivaffekten, die teilweise Beziehung zu unserem Krankheitsbild hat, hier besonders stark ausgeprägt. Im übrigen ist die sensitive Charakteranlage, die frühe Neigung zu Verhaltungen, bei Vorwiegen der asthenischen Züge und geringem, doch deutlichem, sthenischem Einschlag (Rechthaberei, Eigensinn) ohne weitere Erläuterung erkennbar. Auf die Vermischung mit Zügen von körperlichem und psychischem Infantilismus sei nur beiläufig hingewiesen.

Fall 13. Franz Xaver Bachmayer, Zimmermann und Bauer, geboren 31. Oktober 1889, wurde am 30. Juni 1917 wegen nervöser Störungen in die Nervenstation Mergentheim eingewiesen.

Er erzählte: Sein Vater sei von jeher nervenschwach und alkoholintolerant, ein Vetter geisteskrank in der Heilanstalt; zwei Schwestern seien nervenleidend, eine davon arbeitsunfähig. Er selbst habe von Kindheit auf an Schreckträumen, Alpdrücken und Nachtwandeln gelitten. Seine nervösen Beschwerden haben sich besonders seit einem Sturz im 20. Lebensjahr verschlimmert; seither neige er sehr zu Kopfschmerzen und Schwindelgefühl, habe gar keine Energie und manchmal keine Lust zum Arbeiten; häufig sei er zu Bett gelegen. Bei Aufregung komme Händezittern und Herzklopfen.

Er war von Kindheit auf ängstlich, fürchtete sich vor dem Lehrer, war stets schüchtern gegen Fremde und wurde viel von den Kameraden gehänselt, weil er nicht „kuraschiert" war. Wenn man ihn anschreit, wird er ganz schwach. Er ist gemütlich sehr reizbar; nach Aufregung und Ärger ist er oft wochenlang innerlich verstimmt, depressiv, lebensüberdrüssig, er macht dann beständig in Gedanken an dem Gegenstand seiner Erregung weiter. Selten kommt es zu äußerlichem Zorn, doch hat er einmal einen Kameraden, der ihn reizte, auf den Ofen geworfen, was ihm lange nachher noch Gewissensbisse verursachte. Noch nie in seinem Leben ist er recht heiter gewesen, immer gedrückt, zum Weinen geneigt und gemütsweich. Am liebsten war er allein, Alkohol konnte er nicht ertragen, sexuell ist er indifferent. Sein Meister, der ihn sonst gern hatte, habe ihn oft eigensinnig und rechthaberisch gefunden; er war empfindlich und ließ sich nichts dreinreden.

Vielfach litt er an hypochondrischen Befürchtungen. Er glaubte Schwindsucht oder Bandwurm zu haben, er stellte im Spiegel seine zunehmende Abmagerung fest. Sobald jemand von einer Krankheit sprach, meinte er sie sogleich bei sich zu entdecken. Er neigte zu Zwangsvorstellungen. Wenn er die Länge eines Balkens feststellte, mußte er immer zehnmal nachmessen. Er quälte sich oft, daß er einen Auftrag falsch ausgerichtet, einen Gegenstand könnte vergessen haben. Seine Briefe las er auf dem Wege zum Schalter immer wieder durch. Wenn Kameraden sangen, berührte ihn das peinlich, er mußte währenddessen immer an unangenehmen Sachen herumdenken, die er erlebt hatte.

Die Neigung zur krankhaften Eigenbeziehung haftete ihm von Jugend auf an. Schon als Schulkind meinte er, man spreche über ihn, sobald er Leute beieinander stehen sah, deren Gespräch er nicht deutlich hören konnte. Immer, wenn er auf der Straße ging, begleitete ihn das Gefühl, man sehe ihm von hinten nach. Wenn er glaubte, sich blamiert zu haben, z. B. nach jenem Zornausbruch, wo er den Kameraden auf den Ofen warf, steigerten sich diese Gefühle zum Beziehungswahn, er glaubte dann, das ganze Dorf spreche nichts anderes, als über ihn, er sah, wie die Leute auf ihn herblickten, er hörte Äußerungen heraus, die sich auf ihn bezogen; er habe damals wochenlang fest an diese Beobachtungen geglaubt, bestimmte Leute als Anstifter vermutet und auf diese einen großen Zorn gehabt. So habe er auch jetzt wieder, wenn er aus der Garnison in Urlaub kam, gemeint, die Leute reden darüber, daß er noch nicht im Felde sei. Er hörte anzügliche Wendungen gegen sich heraus: „Der gehört auch ins Feld" oder: „Jetzt

läuft der immer noch rum", auch wenn, wie er jetzt zugibt, von ganz anderen Dingen die Rede war. Er verzichtete deshalb weiterhin auf Urlaub.

Bachmayer erwies sich als ein kräftiger Mann von gutem Körperbau. Bartwuchs und Körperbehaarung fehlen fast vollständig. Er ist von zarter Haut und neigt zu Händezittern und starkem Schwitzen. Der Gesichtsausdruck ist sehr weich und kindlich, oft ängstlich befangen, ein weinerliches Zucken spielt dann um die Mundwinkel. Die Stimmung ist meist gedrückt, gleich stehen Tränen in den Augen; immerhin ist sie lenkbar, wenn auch das Lachen oft etwas gezwungen klingt. Bei der körperlichen Untersuchung, z. B. bei Berührung des Kinns, erfolgt ein stoßweises Lachen, das der Patient selbst als zwangsmäßig empfindet, ohne begleitenden Heiterkeitsaffekt. Die Intelligenz ist ein wenig unter mittel, doch genügend. Der Patient, der sich durch williges, anständiges Benehmen auszeichnete, wurde am 24. Juli 1917 aus der Beobachtung entlassen.

Auch der Sparkassenbuchhalter Theodor Knecht ist eine typisch sensitive Persönlichkeit. Er ist von Kindheit auf ein wenig zum Mißtrauen geneigt, mit 23 Jahren bricht aus Anlaß einer Verlobung eine krankhafte Eifersucht bei ihm aus, über deren psychologische Struktur im Krankenblatt nichts enthalten ist; möglicherweise war sie, ähnlich der des Gastwirts Held, sensitiv bedingt; jedenfalls spricht die tiefe Anhänglichkeit an das Mädchen, die bittere Reue und Selbstquälerei in den folgenden Jahren in diesem Sinne. Die Eifersuchtsperiode dauert mehrere Jahre und endet mit der Auflösung der Verlobung. Nach einer kurzen Zwischenpause tritt etwa nach dem 30. Lebensjahre durch berufliche Überanstrengung eine Erschöpfungsneurasthenie auf, und in deren Gefolge entwickelt sich ein diffuser Hang zur krankhaften Eigenbeziehung ohne Erlebniskern; die Krankheit wird durch einen Erholungsurlaub wesentlich gebessert. Etwa zehn Jahre lang bleibt dann die Beziehungsneigung, die nie mehr ganz verschwindet, in mäßigen Grenzen. Sie ist in dieser Zeit eine dem Patienten bekannte assoziative Eigentümlichkeit, mit der er sich abfindet, die durchschnittlich geringen Affektwert hat und die seine Berufs- und Gesellschaftsfähigkeit nicht weiter beeinträchtigt. Ein zweiter Schub tritt im 41. Lebensjahre des Kranken, wiederum durch nervöse Überanstrengung auf. Wir beobachten wieder das dem Sensitivneurotiker eigentümliche Schwanken zwischen Wahn und Zwang (der Kranke selbst spricht zuweilen von „Zwangsgedanken"), die Beeinflußbarkeit durch psychologische Faktoren, besonders durch das Gefühl größerer oder geringerer Unsicherheit, je nach der äußeren Umgebung, und das prompte Abklingen der Störung durch Ruhe und psychische Leitung in der Klinik. Weiterhin wissen wir nur noch, daß der Kranke durch Selbstmord, höchstwahrscheinlich bei einer neuen Exacerbation, gestorben ist.

Dies wäre nun der einzige Fall unseres ganzen Materials, wo der Beziehungswahn rein als neurasthenisches Äquivalent auftritt, d. h., wo er bloß durch nervöse Erschöpfung, ohne spezifische Erlebniswirkung ausgelöst wäre. Es ist aber sehr wohl noch eine andere Auffassung denkbar: nämlich daß die psychischen Traumen der Verlobungszeit als das grundlegende pathogene Erlebnis für die ganze weitere Entwicklung anzusehen wären, daß also die große Labilität und Beziehungsneigung der späteren Jahre als Restzustand, als sekundäre Beziehungsneurose zu gelten hätte, wie wir sie z. B. im Fall Renner

kennenlernten. Auch dort war ja das pathogene Erlebnis selbst überwunden, und nur der diffuse, durch Ermüdungsreize gesteigerte Hang zur Eigenbeziehung zurückgeblieben. Wir wissen jedenfalls, daß Knecht auf die Verlobung ausgesprochen krankhaft reagierte, und daß er noch lange nach der Auflösung derselben sein Verhalten gegen die Braut spezifisch im Sinne der beschämenden Insuffizienz verarbeitete. Es ist bei seiner sehr belasteten und weichen Persönlichkeit sogar recht wahrscheinlich, daß jenes erste Erlebnis, ähnlich wie bei unseren früheren Fällen, seiner Selbstachtung und seinem Selbstvertrauen jenen dauernden Knick beigebracht hat, der den weiteren Hang zur Eigenbeziehung erklärt. Unter dieser Voraussetzung würde natürlich unsere Krankheitsgeschichte nicht mehr unter die habituellen Beziehungsneurosen fallen. Eine weitere Erforschung der durch unseren Fall gestellten Frage nach der selbständigen Bedeutung der nervösen Erschöpfung ist jedenfalls erforderlich.

Fall 14. Theodor Knecht, Buchhalter, geboren 21. Oktober 1868. Der Sparkassenbuchhalter Knecht suchte am 22. Juli 1909 freiwillig die Tübinger Klinik auf, um dort Heilung zu finden. Er war damals recht betrübt und verzagt, und seine Schwester erzählte, daß er beim Abschied von seinem zärtlich geliebten Hunde fast Tränen vergossen habe. Er erzählte mit einer müden, weichen und klanglosen Stimme, recht gewissenhaft bis ins einzelne, um ja nichts zu seiner Heilung zu versäumen. Die Geschichte seines Leidens ist diese.

Vor etwa 8 bis 10 Jahren habe er sich, der schon vorher ein nervöser Mann war, im Beruf stark überanstrengt; seine Kräfte hätten damals nicht ausgereicht. Im Gefolge einer so entstandenen Neurasthenie und Schlaflosigkeit, die ihn sechs Wochen arbeitsunfähig machte, stellte sich allmählich das Gefühl bei ihm ein, als ob die Leute mehr von ihm Notiz nähmen, von ihm sprächen und sich mit Gesten auf ihn bezögen. Er hatte nicht mehr das Selbstbewußtsein, er war in seinen Auftreten nicht mehr so sicher, wie vorher; und so kam es, daß die Beziehungsgedanken vor allem auf der Straße und in der Wirtschaft sich einstellten, während sie im Amte, wo er sich durch seine Geschäftsgewandtheit überlegen fühlte, meist fehlten; so sei es übrigens auch heute noch. Weiterhin glaubte er auch anzügliche Worte aus dem Gespräch der Leute herauszuhören: „Du Vater, war das ein Tausendmarkschein?", sagte merkwürdigerweise ein Kind, als er eine Mark herausgab, und der Vater antwortete: „Sei doch still, er hört es ja!" Auch sonst fiel ihm mehrfach der Ausdruck auf: „1000 Mark", „2000 Mark", „der da drüben", „ist es möglich?" „der ist es freilich", „hätte man das gedacht!" Er konnte es sich nicht anders erklären, als daß ihm vielleicht geschäftlich ein Mißgriff passiert sein müsse. Er suchte nach allem möglichen, fand aber nichts. Endlich ging er zum Prinzipal und fragte, ob im Geschäft etwas vorgekommen sei; er höre immer wieder anzügliche Bemerkungen, die er nicht verstehe. Durch dessen Ehrenwort beruhigt, sah er damals die Krankhaftigkeit seiner Gedanken ein. Auch in einem zehnwöchigen Erholungsurlaub, den er in Bad L. zubrachte, sah er noch häufig, sobald er zum Spaziergang aus dem Hause trat, daß die Leute winkten, als ob sie ihm die Wegbezeichnung angeben wollten.

Seither war er viele Jahre stets dienstfähig geblieben. Zwar blieb ihm auch weiterhin der Hang, alles mit sich in Beziehung zu bringen, doch gewöhnte er sich an den Gedanken, er wurde gleichgültig dagegen, so daß er sich

nicht mehr gestört fühlte. Auch merkte er keine Erschwerung in seiner Arbeit. Hie und da kamen dann wieder Zeiten, wo er das Gefühl hatte, daß man irgendeine schlechte Tat hinter ihm suche, worüber er tief unglücklich war. Dies kam ohne äußeren Grund. Er ging z. B. abends in guter Stimmung in ein Lokal, er wurde dort durch irgendeine Geste auf Personen am Nebentisch aufmerksam und mußte nun deren Gespräch weiterverfolgen, wo ihn dann bald Ausdrücke wie: „es kann sein", „es kann nicht sein", „ich glaub' es nicht" mißtrauisch machten. In solchen Zeiten habe er zuweilen versucht, einen Plan hinter diesen Beobachtungen zu finden. Ob ihm vielleicht eine Belohnung bevorstehe? Oder er dachte an einen Feind, an ein Mißverständnis. Wenn er monatelang an eine solche Möglichkeit geglaubt hatte, verjagte er sie wieder durch Gegenbeweise. Eine Zeitlang hatte er einen bestimmten Kollegen im Verdacht und vermutete, man wolle ihn um seine Stellung bringen. Doch habe er sich immer gesagt, das alles sei nur Vermutung, und sich sehr gehütet, nicht etwa jemand damit unrecht zu tun.

Die erste ernsthafte Verschlimmerung seit Krankheitsbeginn erfolgte aber erst im März 1909, wiederum wie das erstemal als Reaktion auf eine anstrengende Geschäftsperiode. Wiederum begann der Zustand mit Schlaflosigkeit. Er sah nachts „eine Art Schattenbilder", sagte sich zwar im Wachen, daß das nicht sein könne, regte sich aber trotzdem in einer Nacht so sehr darüber auf, daß er die Türen abschloß, die Möbel verstellte und sich anschickte, spazierenzugehen. Wieder begannen anzügliche Reden, ihn zu ängstigen: „Der ist schuld, daß mein Mann so dran ist", „auf der Sparkasse draußen ist er", oder „dem ist es eben bisher zu gut gegangen". Daraufhin nahm er 6 Wochen Urlaub und reiste zu seiner Schwester, wo er sich zu Hause fühlte und sich sein Wohlbefinden wiederherstellte. Vom 23. Juni bis 12. Juli machte er seinen Dienst, wurde aber an letzterem Tage plötzlich wieder aufgeregt, nachdem er zwei Nächte vorher wegen geschäftlicher Angelegenheiten nicht ordentlich geschlafen hatte. Er hörte im Geschäft Bemerkungen von jungen Leuten, auch ihr Benehmen war ihm auffällig. Er sprach mit einem Kollegen darüber, der ihm versicherte, daß nichts derart vorliege. Daraufhin sagte er sich, dann sei er eben wieder krank und begab sich, wie oben erzählt, in die Klinik.

Hier ist über Persönlichkeit und Familie des Kranken sogleich noch einiges nachzutragen. Er entstammte der Ehe eines ruhigen, gesunden Vaters mit einer Frau, die durch ihr leidenschaftliches Temperament das Familienleben unglücklich und überaus stürmisch gestaltete. Der Pat. selbst ist der Ansicht, daß sie in krankhaftem Grade reizbar gewesen sei. Die Kinder durften sich im Hause nicht rühren, jederzeit habe sie eigensinnig ihren Willen durchgesetzt. Im Haushalt war sie sehr peinlich, pünktlich, streng und gewissenhaft. War sie in jüngeren Jahren heftig und grundlos eifersüchtig, so entwickelte sich später ein beständiges, allgemeines Mißtrauen gegen die Umgebung: die Hausleute nahmen gegen sie Partei, man setzte sie zurück, der Schwiegersohn war widerwärtig, sobald sie zu Besuch kam. Doch sei sie immer zuletzt belehrbar geblieben. Mit 56 Jahren erlitt sie einen Schlaganfall und starb an Zuckerkrankheit im 68. Lebensjahr. Zwei Söhne ihrer Schwester sind geisteskrank, der eine habe seit zehn Jahren einen harmlosen, chronischen Größenwahn, auch der andere leide an Wahnvorstellungen; beide befinden sich in der Heilanstalt.

Die seelische Entwicklung des Pat. bis über seine Schulzeit hinaus war durch das unfreundliche Familienleben beeinträchtigt. Einmal wurde ihm das Lernen dadurch erschwert, obgleich er nicht gerade unbegabt war, sodann aber litt er gemütlich sehr unter den ewigen häuslichen Szenen und habe damals oft einen gedrückten, nervösen und angegriffenen Eindruck gemacht. Allerdings hat er selbst zweifellos neben der allgemeinen Nervosität einige bezeichnende Züge aus dem Wesen seiner Mutter geerbt. Schon als Knabe, erzählt seine Schwester, war er empfindlich, leicht beleidigt und zurückgesetzt, ein wenig auch zum Mißtrauen geneigt. Eine mehrjährige Verlobung, die er mit 23 Jahren angeknüpft hatte, ging zuletzt trotz gegenseitiger Neigung aus, weil er seine Braut mit der sinnlosesten Eifersucht quälte: sie schenkte ihm nicht genug Aufmerksamkeit, er wurde gereizt, wenn sie mit einem anderen Herrn sprach, ja wenn nur ein Herr sie grüßte. Meist sah er allerdings sein Unrecht ein und hält jetzt seine damalige Eifersucht selbst für krankhaft. Die Auflösung der Verlobung, an der er allein sich selbst die Schuld gab, ging ihm sehr nahe. Er quälte sich mit Reue und Selbstvorwürfen und macht sich jetzt noch Gewissensbisse darüber. Heute noch, nach mehr als 20 Jahren, besucht er das Grab des Mädchens, das bald nach jenen Begebenheiten starb. Nur unter Tränen konnte er dem Arzte davon erzählen. Ebenso treu besuchte er seine alte Mutter, der er nichts nachtrug, jahrelang jeden Sonntag in ihrem Witwensitz in L.

Ein sehr gutmütiger, weichherziger Mensch ist er vor allen Dingen stets gewesen, dabei außer in Krankheitszeiten lustig und gesellig, gar kein Grübler und Kopfhänger. Seine zärtliche Liebe zu seinem Hunde wurde schon erwähnt; außerdem war er ein großer Naturfreund, der viel und gern wanderte. — Seine Schwester hält ihn für etwas ehrgeizig. Jedenfalls ist er ein sehr tüchtiger und geschätzter Beamter, der seinen anstrengenden Posten immer mit großer Pünktlichkeit und Gewissenhaftigkeit, doch ohne eigentliche Pedanterie ausfüllte und zudem im Verkehr ganz anspruchslos und bescheiden blieb.

Der behandelnde Arzt urteilt bei seiner Aufnahme in die Klinik über ihn: „Er ist ein sehr gewissenhafter, weicher Mensch, der über seinen vielen gewissenhaften Erwägungen nicht zum Heiraten kam, der sich im Geschäft über dumme Scherze der Kollegen ärgert, auch wenn sie andere angehen. Aus Furcht, er könnte jemand doch vielleicht unrecht tun, unterläßt er es immer wieder, seine Beziehungsideen allzuweit auf einzelne Personen auszuspinnen. Er fühlt sich nur wohl, wo er sich anderen Menschen gegenüber sicher fühlt: zu Hause bei seinen Angehörigen, im Freien, wo er allein ist, oder im Geschäft, wo er das Gefühl der Überlegenheit hat; eine gewisse Unsicherheit zeigt sich neuerdings auch hier, allerdings nur den jüngeren Kollegen gegenüber. Wo er sich unsicher fühlt, da wird dies in einem krankhaften Mißtrauen bemerkbar, dem leicht Eigenbeziehungen folgen." — Ein ausgeprägtes psychisches Krankheitsgefühl war in der Klinik von Anfang an vorhanden. Er bezeichnete seine Beziehungsideen als „Zwangsgedanken" und befürchtete, daß seine Widerstandskraft dagegen nicht mehr dieselbe sei, wie vor zehn Jahren beim ersten Anfall. Er selbst führte seine eigenartige seelische Entwicklung zum Teil auf Vererbung von seiner Mutter zurück, besonders die Anlage zu Mißtrauen und Eifersucht, zum Teil auch auf die drückenden häuslichen Verhältnisse, unter denen seine Jugend-

erziehung erfolgte. — In körperlicher Hinsicht fanden sich an dem kleinen, gut gebauten Mann, abgesehen von einer lebhaften Dermographie, keine nervösen Symptome.

In der Klinik besserte sich sein Zustand rasch unter beruhigendem ärztlichem Zuspruch. Er war gern da und bemühte sich, nicht mehr um die anderen Menschen sich zu kümmern, nachdem er wisse, daß seine Zwangsgedanken krankhaft seien. Einmal hörte er noch auf der Post jemand in auffallender Weise „Obacht!" sagen, als er dort 20 Mark aufgab. Doch beruhigte er sich bald hierüber. Drei Wochen nach seiner Aufnahme in die Klinik hatte er sich so weit gebessert, daß krankhafte Dinge nicht mehr an ihm festzustellen waren. Er neigte nicht mehr zu Beziehungsideen, war aber gern allein, machte große Spaziergänge und fühlte sich in der Einsamkeit wohl. Gegenüber seiner anfänglichen Mutlosigkeit glaubte er jetzt fest, daß er wieder arbeitsfähig werde. Er freute sich sehr über die Besserung und war voll Dank gegen die Ärzte, den er herzlich und natürlich zum Ausdruck brachte. Sein Auftreten zeigte jetzt den Mann, der seine Stellung ausfüllt, ohne daß eine gewisse ängstliche Unsicherheit im Benehmen verschwunden wäre. Er blieb der gutherzige und sehr bescheidene Mann, wie er zu Anfang geschildert wurde. Am 14. August 1909 siedelte er nach R. über, um den Rest seines Urlaubs bei seiner Schwester zu verbringen.

Katamnese 1917: Knecht ist in der Zwischenzeit durch Selbstmord gestorben. Näheres war nicht in Erfahrung zu bringen.

Fall 15. Eugen Heyberg, Kaufmann, geboren 10. Dezember 1880. Mutter leidet an nervösen Herzbeschwerden. Er war von Kindheit auf sehr nervös, hat stets unruhig geschlafen, litt an Alpdrücken, schreckhaften Träumen, Blutandrang zum Herzen. Bei kleinen Aufregungen trat eingenommener Kopf und lebhaftes Schwitzen der Hände auf. Er war schon als Kind so gemütsweich, daß ihm bei leichtem Tadel Tränen kamen; er nahm sich Kleinigkeiten sehr zu Herzen, sie gingen ihm innerlich nach, er war unglücklich, aß ein paar Tage nichts, drückte unangenehme Erlebnisse in sich hinein, daß nichts aus ihm herauszubringen war. Trotz seiner großen innerlichen Reizbarkeit kam es nie zum Zorn nach außen; er war zu befangen und schüchtern. Im Kameradenkreis war er gesellig und heiter, doch versteckt empfindlich. Bei Tiermißhandlung lief er aus Mitleid weg, er mußte bei Trauerreden weinen und fürchtete sich im Dunkeln. Gern war er auf Reisen oder beschäftigte sich mit dem Ausdenken von Szenerien und fremden Ländern. Bei seinen Schüleraufgaben ermüdete er rasch, er konnte höchstens eine Stunde dabeibleiben, Latein und Geschichte fiel ihm schwer. Doch galt er als mittelguter Schüler und bestand die Einjährigenprüfung.

Auch späterhin wurde er bei unangenehmen Erlebnissen lange und nachhaltig verstimmt, „melancholisch". Es kam ihm im erwachsenen Alter zum Bewußtsein, daß er nicht energisch und bestimmt aufzutreten vermochte; wenn er dazu gezwungen war, verfiel er in starke Aufregung und fühlte sich nachher abgespannt. Solche Schwächen pflegte er bei seinem starken Ehrgeiz peinlich zu empfinden.

Seine Lehrzeit dauerte bis zum 18. Jahr, dann befand er sich als Handlungs-

gehilfe in zunehmend selbständigen Stellungen, seit dem 25. Jahr war er Handlungsreisender und gründete mit 34 Jahren ein eigenes Geschäft.

Etwa seit dem 20. Lebensjahr befiel ihn Neigung zu Unentschlossenheit, Ängstlichkeit und Zwangsvorstellungen. Bei schwierigen geschäftlichen Entscheidungen fand er keinen Entschluß, er überlegte endlos herüber und hinüber, mußte immer denselben Gedanken wiederholen, mit steigender Aufregung, zuletzt mit heftiger Angst und Beklemmung. Er fühlt auf Brücke oder hohem Stockwerk den Antrieb, sich hinunterzustürzen; er hat den Zwang zum wiederholten Öffnen geschriebener Briefe und abendlichen Türkontrollieren; außerdem nach jedem Auftrag die quälende Vorstellung, ihn nicht richtig ausgerichtet zu haben. Diese Dinge sind jetzt noch gleichstark ausgeprägt.

Zwischen dem 20. und 25. Lebensjahre litt er oft an lebhaftem, lästigem Beziehungsgefühl; auf der Straße sah ihm alles nach, die sprechenden Leute redeten über ihn, oft drehte er sich um, sich zu überzeugen. Das Gefühl kam in dieser Zeit ganz regelmäßig; es war diffus und ging nicht auf ein bestimmtes peinliches Erlebnis zurück. Manchmal hatte es keinen bestimmten Gegenstand, manchmal knüpfte es sich an seine Kleidung an, so daß er dann Hut und Rockknöpfe nachsah, ob sie den Anlaß zu der allgemeinen Beachtung gäben (er war auch sonst peinlich mit seinem Anzug). Diese Störung verschwand später ganz, trat jedoch wieder hervor, wenn er verstimmt oder aufgeregt war.

Er litt späterhin mehr an körperlich nervösen Beschwerden: Schwindel, Schlaf- und Appetitlosigkeit und Schulterzucken. Auf den Militärdienst reagierte er 1917 mit einer hysterischen Hemiparese mit Schütteltremor, während die psychischen Störungen nicht stärker hervortraten. Er kam damals in meine Behandlung in die Nervenstation Mergentheim.

Das Krankenblatt des Kaufmanns Heyberg füge ich zum Schlusse an, um den Übergang vom habituellen Beziehungsneurotiker zum psychasthenisch Nervösen der täglichen Praxis zu illustrieren. Heyberg, von Kind auf eine sensitive Natur mit vielfachen neuropathischen Beschwerden, reagiert auf den Eintritt in verantwortlichere Berufsstellungen gegen das 20. Lebensjahr hin mit einer leichten Zwangsneurose und gleichzeitig mit der Neigung zu lebhaftem, diffusem Beziehungsgefühl. Während die Zwangsneurose weiterhin unverändert sich erhält, gehen die beziehungsneurotischen Störungen nach etwa fünfjähriger Dauer von selbst zurück, um später nur bei Gemütsschwankungen wieder hervorzutreten. Die Beziehungsneurose bildet hier immerhin noch eine selbständige und ausgeprägte Komponente im nervösen Gesamtbild und ist deshalb für uns bemerkenswert. Viel häufiger findet man bei einfachen Zwangsneurosen ein gelegentliches, peinliches Beobachtungsgefühl als eine unter vielen anderen Zwangsvorstellungen; es hat dann als kleines Teilsymptom weder subjektiv noch objektiv wesentliche Bedeutung. Durch ausdrückliches ärztliches Befragen läßt es sich aber bekanntlich bei vielen Zwangsneurotikern nachweisen.

Achtes Kapitel.

Zusammenfassung und Abgrenzung.

Der sensitive Beziehungswahn stellt eine selbständige Krankheitsgruppe dar, die nach Ätiologie, Symptomatik und Verlaufsform gut charakterisiert ist.

Seine **ätiologischen Hauptmerkmale** sind folgende:

1. Der sensitive Beziehungswahn entsteht ganz vorwiegend auf der Grundlage schwerer erblicher Belastung.

2. Die angeborene psychopathische Konstitution ist nach der biologischen Seite hin vor allem durch ihre Erschöpfbarkeit gekennzeichnet. Die Erschöpfung durch Arbeit und Affekt stellt ein wichtiges Hilfsmoment bei der Entwicklung der Krankheit dar.

3. Die Entstehungsweise der Krankheit ist aber wesentlich eine psychologisch-reaktive. Sie ist durch die Trias von Charakter, Erlebnis und Milieu gekennzeichnet.

4. Der sensitive Beziehungswahn ist gesetzmäßig durch den sensitiven Charakter bedingt. Der sensitive Charakter ist ein vorwiegend asthenischer, der zwischen dem expansiven und dem rein asthenischen Charakter psychologisch einzureihen ist. Er ist durch den Leitungsdefekt, den Mangel an psychischer Entladungsfähigkeit gekennzeichnet. Von der zwangsneurotischen Variante des sensitiven Charakters unterscheidet sich die beziehungsneurotische Persönlichkeit durch ihre gespanntere sthenische Kontrastierung. Sie zeigt auf der einen Seite eine außerordentliche Gemütsweichheit, Schwäche und zarte Verwundbarkeit, auf der anderen Seite einen gewissen selbstbewußten Ehrgeiz und Eigensinn. Die voll ausgebildeten Vertreter der Charaktergruppe sind komplizierte, sehr intelligente und hochwertige Persönlichkeiten, fein und tief empfindende Altruisten von skrupulöser Ethik und überzartem, verinnerlichtem Gemütsleben, jeder Härte des Lebens preisgegeben, ihre nachhaltigen, gespannten Affekte tief in sich verschließend, von verfeinerter Selbstbeobachtung und Selbstkritik, sehr empfindlich und eigensinnig, dabei aber besonders liebe- und vertrauensfähig, von entschiedener Selbstachtung und doch schüchtern und ohne Sicherheit des persönlichen Auftretens, in sich gekehrt und doch zugänglich und menschenfreundlich, bescheiden, aber ehrgeizig strebsam und von ausgesprochener sozialer Tüchtigkeit. Die besondere Kleinlichkeit und Pedanterie des Zwangsneurotikers fehlt dem Beziehungsneurotiker. Der Gemütszustand dieser vorwiegend ernsthaften Menschen neigt zu nachhaltigen reaktiven Trübungen, ist aber nicht durchweg ein konstitutionell depressiver, kann sogar in einzelnen Fällen mit seinen labilen Ausschlägen auf Freude und Leid beinahe als sanguinisch bezeichnet werden.

5. Die Erlebniswirkung, die zum sensitiven Beziehungswahn führt, beruht auf dem für den sensitiven Charakter bezeichnenden Mechanismus der Verhaltung mit folgender Inversion, einem Mechanismus, der von der Erlebnisretention des Expansivparanoikers durch den Mangel der freien Affektauswirkung, von den Komplexbildungen der Hysteriker durch die Bewußt-

heit der Erlebnisverarbeitung präzis unterschieden ist. Krankheitserzeugend wirkt auf den sensitiven Charakter gesetzmäßig das Erlebnis der beschämenden Insuffizienz, der ethischen Niederlage, das den sensitiven Menschen mit seinem Mangel an robustem Egoismus, seiner zarten Gemütstiefe und seiner gewissenhaften Innerlichkeit unerbittlich immer tiefer in vergeblichen, verborgenen Kampf mit sich selbst hineintreibt. Unter zwangsmäßiger Wiederkehr der verhaltenen Vorstellungsreihe führt ein verzweifelter Grad gemütlicher Spannung endlich den Umschlag des primären Erlebnisinhalts in den Beziehungswahn herbei, der ein anschauliches äußeres Abbild innerer Selbstverachtung darstellt. Es handelt sich dabei also um krankheitserzeugende, nicht bloß um inhaltgebende Erlebnisse, wie sie Margulies oder andererseits die psychoanalytische Schule in ihrer Wirkung auf die Vorstellungskreise paranoischer Prozesse untersucht haben. Die psychologische Wechselwirkung zwischen Charakter und Erlebnis stellt vielmehr beim sensitiven Beziehungswahn die wesentliche Krankheitsursache dar. Deshalb sind auch die realen Tatsachen, die zum Krankheitsausbruch führen, keineswegs beliebige, sondern gesetzmäßig solche, die auch beim gesunden Menschen des sensitiven Charaktertyps dieselben schweren seelischen Verwicklungen, nur eben nicht bis zur seelischen Erkrankung herbeizuführen pflegen. In erster Linie haben sexualethische Konflikte diese krankheitserzeugende Kraft. Von den Gewissenskämpfen der Masturbanten ist dies, soweit leichte Neurosen in Frage kommen, schon lange bekannt. Eine analoge Erlebnisgruppe stellt die verspätete Liebe alternder Mädchen dar. Die Niederlage gegenüber verabscheuten perversen Neigungen, wie im Fall Wagner, und in Fragen der Ehemoral, wie im Fall Kluge, schließen sich an. Die große Rolle, die gerade sexualethische Verwicklungen bei der Entstehung der Krankheit spielen, erklärt sich einmal daraus, daß Psychopathen jeder Art zur psychischen Überwertung der Sexualsphäre und zu tatsächlichen qualitativen und quantitativen Abnormitäten des Trieblebens neigen; sodann aber sind gerade für sensitive Psychopathen die unausgeglichenen Widersprüche, wie die einseitig rigorosen Überspanntheiten der herrschenden Sexualethik zum Fallstrick für ihre überzarte Skrupelhaftigkeit wie geschaffen; und endlich wird durch den konventionellen Zwang zur Verheimlichung sexueller Themen der im sensitiven Charakter liegende Hang zur Erlebnisverhaltung verhängnisvoll unterstützt. Doch sehen wir die Ätiologie des sensitiven Beziehungswahns keineswegs in der Art, wie es die psychoanalytische Neurosenlehre behauptet, durch die Sexualsphäre monopolisiert. Auch auf anderen wichtigen Lebensgebieten haben wir entsprechende Verwicklungen entstehen sehen, so besonders von der Seite des Berufslebens, wiederum aber nicht durch beliebige äußere Zufälle (Wernicke, Margulies), sondern einmal nur durch lebenswichtige Tatsachen, die auch das Gemüt eines Nichtpsychopathen tief und nachhaltig verstören müßten, und sodann nur durch Probleme der individuellen Ethik im Sinne der beschämenden Niederlage des einzelnen gegenüber den Forderungen, die der Beruf und in ihm er selbst sich gestellt hat.

Um Mißverständnissen vorzubeugen, muß hier noch besonders betont werden, daß die hier vorgetragene Ansicht von der beherrschenden Rolle der Erlebniswirkung im sensitiven Beziehungswahn bei allen von mir selbst untersuchten Kranken nicht etwa auf einer umstrittenen Methodik psychologischer Unter-

suchung und noch weniger auf einer anfechtbaren, wenn auch geistreichen Hineindeutung psychologischer Zusammenhänge in die vom Patienten ohne Zusammenhang gelieferten Einzelstücke seines krankhaften Vorstellungslebens beruht, sondern daß diese wesentliche Begründung der ganzen Psychose in dem einen Wurzelerlebnis in schlichter, ärztlicher Unterredung mit dem Kranken unmittelbar überzeugend hervortritt; alle Zusammenhänge sind vom Kranken selbst gegeben und nicht vom Arzt hineingelegt. Die Hineindeutung psychologischer Zusammenhänge in den Vorstellungsinhalt eines paranoischen Prozesses, der als solcher biologisch gegeben ist und zu seiner Entstehung psychologischer Ursachen nicht bedarf, und die einfache Darlegung der vom Patienten gegebenen Entwicklungsfäden einer psychopathischen Reaktion sind grundsätzlich und absolut verschiedene Dinge. Dort kann im Ernst niemals die Entstehung der Krankheit selbst, sondern bestenfalls innerhalb der schon gegebenen Psychose die formale Genese ihres Inhalts erklärt werden; hier aber handelt es sich um den Kausalzusammenhang der Psychose als solcher. Damit nicht äußerliche Ähnlichkeiten unserer Krankheitsgruppe mit dem von der Psychoanalyse geschaffenen Bilde etwa der Schreberschen Psychose Verwirrung in der Paranoialehre stiften, sei dieser fundamentale Unterschied ausdrücklich hervorgehoben. Beide Forschungsmethoden und beide Forschungsgegenstände haben an diesem Punkt nicht das mindeste miteinander zu tun. Damit soll zu der Berechtigung jener psychoanalytischen Forschungsrichtung, sofern sie sich kritisch zu begrenzen weiß, natürlich hier keine Stellung genommen werden.

6. Milieuwirkungen sind keine unerläßlichen, aber doch häufig wichtig mitbestimmende Ursachen des sensitiven Beziehungswahnes. Sie sind mit Charakter und ethischer Erlebniseinstellung der Patienten nahe verwandt, sofern diese zum Teil das Milieu schaffen, das dann seinerseits wieder auf sie zurückwirkt. Die Formel, nach der das Milieu hier die Krankheitsentstehung begünstigt, lautet: Anspannung des Selbstgefühls in demütigender Lage. Geradeso wie durch bestimmte Erlebnisse werden also auch durch bestimmte Milieuwirkungen die beiden Komponenten des sensitiven Charakters, sein asthenisches Insuffizienzgefühl und sein sthenisches Selbstbewußtsein spezifisch gesetzmäßig gereizt und so ihre gegenseitige Spannung bis zum Krankheitsausbruch gesteigert. In dieser Art wirken, wie bekannt, besonders die Lebensumstände der unverheirateten, berufstätigen Mädchen, ebenso aber, wie wir gesehen haben, auch gewisse soziale und religiöse Konstellationen im Leben der altmodischen Kleinstadtjungfer. Ganz entsprechende Situationen schaffen die äußeren Lebensverhältnisse für den ledigen, einspännigen Bauernburschen und andererseits für den strebsamen Autodidakten aus dem Arbeiterstand. Die anspruchsvolle und doch nicht recht anerkannte, exponierte und doch nicht durch überlegene geistige Bildung gesicherte soziale und geistige Zwitterstellung des Volksschullehrers (Wagner, Urban) gehört nahe damit zusammen.

Wir können also die Entstehungsweise des sensitiven Beziehungswahns nach der psychologischen Seite hin in die Formel zusammenfassen: der sensitive Beziehungswahn entsteht durch die Kumulativwirkung typischer Erlebnisse auf typische Charakteranlagen, häufig unter Mithilfe typischer sozialer Konstellationen. Wenn diese drei psychologischen

Faktoren eine krankhafte Verhaltung herbeigeführt haben, so wirkt der biologische Faktor der Erschöpfung beim Zustandekommen der Krankheit wesentlich mit, wie umgekehrt neurasthenische Ermüdung den Eintritt von Verhaltungen beim sensitiven Charakter wesentlich erleichtern kann.

Soweit die Ätiologie. Die **Symptomatik** des sensitiven Beziehungswahns ist von dem klaren Durchleuchten der ätiologischen Hauptfaktoren: Charakter, Erlebnisverhaltung und Erschöpfung durch den Aufbau der Psychose beherrscht. Ein zentrierter Beziehungswahn, aus einer zwischen beschämter Unsicherheit und verzweifelter Selbstbeschuldigung abgestuften Affektgrundlage herauswachsend, stellt den Kern des Krankheitsbildes dar. Die Symptomatik läßt sich in die drei Leitsätze zusammenfassen:

1. Vorstellungsinhalt und Affektlage sind während der Blütezeit der Krankheit fest um das pathogene Erlebnis zentriert.

2. Die Symptome der sensitiven Psychose stellen eine gesteigerte Auswirkung der Eigenschaften des sensitiven Charakters dar.

3. Das Krankheitsbild ist häufig mit neurasthenischen Erschöpfungssymptomen durchfärbt.

Das Erlebnis ist in den typischen Fällen einfach alles, ohne dasselbe würde die Krankheit in Nichts zusammenschrumpfen: es bildet in seiner zwangsmäßigen Wiederholung den ewig neuen Gegenstand der depressiven Selbstanklagen, der hypochondrischen Befürchtungen von Schwangerschaft, Gehirnerweichung und Rückenmarksschwindsucht, der Angst- und Verzweiflungsausbrüche, der fruchtlos sich abmühenden Willensanspannung, es ist Stimmungswurzel und Gedankenziel eines Beziehungswahns, wie er intensiver und feinverzweigter nicht gedacht werden kann; alle Ideen der Beeinträchtigung und Beobachtung durch Familie und Kameradschaft, durch Publikum und Zeitung, alle Verfolgungsangst vor Polizei und Gerichten fließen dort aus und dorthin zurück.

Und es ist ganz die sensitive Persönlichkeit, die sich in der Psychose auslebt. Der Beziehungswahn selbst ist das maßlos vergrößerte Spiegelbild ihrer schüchternen Unsicherheit; das so besonders bezeichnende Schwanken zwischen krankhafter Überzeugung und Krankheitseinsicht, die Flüchtigkeit, Beeinflußbarkeit und geringe Festigkeit des Realitätsurteils, das beständige Krankheitsgefühl, das Fluktuieren in allen Übergangsgraden zwischen echter Wahnvorstellung und echter Zwangsvorstellung — sie geben ebenso die vertiefte Fähigkeit des sensitiven Menschen zur Selbstkritik, wie seine Unschlüssigkeit und seinen Mangel an durchstoßender Willenskraft getreulich wieder und zeigen die nahe Verwandtschaft auch des psychotisch erkrankten Sensitiven mit dem Zwangsneurotiker. Wenn der geisteskranke Sensitive die schärfste Spitze seines gequälten, angstvollen, verzweifelten Affekts immer gegen sich selbst richtet, so zeigt er damit die gewissenhafte ethische Innerlichkeit, die ihm auch in gesunden Tagen eignet. Der bei den reinen Fällen durchaus defensive Charakter des Beziehungswahns, das Fehlen aggressiver Ausbrüche trotz gespanntester Affekthöhe, die Rücksicht und Vorsicht im Abwägen der Motive der vermeintlichen Gegner läßt den Altruismus, das eingewurzelte Gerechtigkeitsgefühl, den Anstand der Gesinnung, die Milde und Liebenswürdigkeit, wie die spezifische Unfähigkeit der sensitiven Natur zu gründlicher Affektentladung in kranken

Zeiten nur um so bedeutender hervortreten. Der hypochondrische Einschlag des Krankheitsbildes verrät ihre besorgte Ängstlichkeit. Die Art des Krankheitsgefühls, die im vollkommensten Gegensatz zur hysterischen Krankheitseinstellung steht, das Leiden unter dem bitteren Bewußtsein der eigenen Nutzlosigkeit, Schwäche und Schonungsbedürftigkeit, das freiwillige, ernste Streben nach Wiederherstellung entspricht der sozialen Tüchtigkeit und Strebsamkeit, die starke persönliche Empfindlichkeit dem gespannten Ehrgefühl und der Selbstachtung und die vertrauensvolle Arztbedürftigkeit dem weichen Anlehnungsvermögen sensitiver Menschen.

Und zum dritten spiegelt das Symptombild des sensitiven Beziehungswahns in den vollentwickelten Fällen den Nervenzustand der psychischen Erschöpfung wieder. Es zeigt nicht das einfache Befallensein des Paraphrenen, der, wenn auch unter Affektstößen, schließlich in seinem Gehirnprozeß aufgeht und sich einlebt, es zeigt noch viel weniger die feige, halbechte Gesinnung der spielerischen Niederlage nach halbem Kampf, wie sie durch alle Ausweichungen, auch durch die kompliziertesten hysterischen Psychosen durchschimmert. Es spiegelt vielmehr Menschen wider, die mit äußerster Anspannung ihrer schwachen Kraft oft durch Jahre hindurch gekämpft haben, bis sie, ohne zu kapitulieren, vor Übermüdung umsinken. Hierher gehört nicht nur das starke Hervortreten körperlich neurasthenischer Symptome als Einleitung und Begleitung des Beziehungswahns, die körperliche Mattigkeit und das zunehmend rasche Versagen unter psychischen Arbeitsleistungen des Berufs, das tiefe Insuffizienzgefühl, sondern auch die unstete Ruhelosigkeit und Konzentrationsunfähigkeit, die Angegriffenheit im mimischen Ausdruck, die weinerliche Labilität des Gemütszustandes und der charakteristische Wechsel zwischen Überreiztheit und tiefer, apathischer Abspannung.

Gegenüber diesen allgemeinen Eigentümlichkeiten der sensitiven Erkrankung kann man den Reichtum ihrer einzelnen Erscheinungsformen in vier verschiedene Gruppen gliedern und die systematisch paranoischen Zustandsbilder, den akuten sensitiven Wahnsinn, die Beziehungsneurosen und die sprunghaften Wahnbildungen nach Art einer Zwangsneurose unterscheiden; diese Erscheinungsformen kombinieren und vermischen sich vielfach. Der Typus des sensitiven Beziehungswahns, der etwa dem Symptombild der Paranoia entspricht, ist entschieden der häufigste, ist aber doch keineswegs so vorherrschend und ungemischt zu finden, daß man ihn als den Normaltypus bezeichnen dürfte. Dies zu betonen, ist aus Nomenklaturgründen wichtig. Es zeigt sich in diesen Fällen bei erhaltener formaler Logik und Besonnenheit ein systematisierter Beziehungswahn, der entweder nur die allgemeine Verachtung, die böswillige Anzüglichkeit bestimmter Personen und die Beobachtung der Lebensführung des Kranken unter dem Gesichtspunkt des beschämenden Erlebnisses zum Inhalt hat, oder sich zum Wahn gerichtlicher und polizeilicher Verfolgung verdichten kann. Er pflegt sich in manchen Fällen eine Zeitlang nach Art einer Paranoia progressiv auszubauen. Was ihn in seinen vollentwickelten Phasen wohl von allen systematisch paranoischen Zuständen auf psychologisch-reaktiver Grundlage unterscheidet, ist die beispiellose Massenhaftigkeit und Feinverzweigtheit der Beziehungsideen, eine Geistesverfassung, wie wir sie etwa bei Helene Renner oder Dr. Kluge an-

treffen, die sich im Zusammenstellen kunstreicher Eigenbeziehungen aus den banalsten Tagesgesprächen und Zeitungsnotizen, aus Beruf und Aufzug ihrer Nebenmenschen, aus Kleiderrauschen, Türengehen und Heizungsgeräuschen gar nicht genugtun kann. Vergleichen wir mit dieser feinen Detaillierung die massive Struktur etwa eines Querulantenwahns, der außer den wahnhaften Grundlinien meist nur spärliche, jedenfalls nur einförmige und naheliegende Beeinträchtigungsideen erzeugt, so kommt es uns zum Bewußtsein, wie tief auch dieses Symptom gerade mit dem sensitiven Charakter zusammenhängt. Wenn zu Schüchternheit und mangelndem Selbstvertrauen ein beschämendes Erlebnis hinzutritt, so gibt das schon in der Normalpsychologie einen ganz anderen Nährboden für die Eigenbeziehung ab, als ihn alle Beeinträchtigungs- und Größengefühle sthenischer Charaktere zu erzeugen vermögen.

Den höchsten Grad erreicht der Beziehungswahn, wenn das paranoische Zustandsbild in den akuten dissoziativen Wahnsinn übergeht. Dieser erscheint als kritisches Stadium von kurzer Dauer auf dem Gipfelpunkte der schwersten sensitiven Psychosen. Er ist nach der gemütlichen Seite hin durch seine extremen Affektspannungen, dem Inhalt nach durch das Auftreten pseudokatatoner Vorstellungsgruppen von physikalischer Beeinflussung, Gedankenübertragung und von Fremdheitsgefühlen, durch eine Lockerung des assoziativen Zusammenhanges und die Neigung zum Umschlag der Verzweiflung in Größenwahn gekennzeichnet. Von echt schizophrenen Zuständen unterscheidet er sich auch im Symptombild durch das Fehlen der gegenständlichen, unmittelbaren Gewißheit der wahnhaften Erlebnisse, durch das beständige Schwanken des Realitätsurteils, durch das Fehlen der autistischen Einstellung und die Natürlichkeit und Zugänglichkeit in Affekt und geselligem Ausdruck. Eine reine Form sensitiven Wahnsinns haben wir in der akuten Erschöpfungspsychose von Helene Renner kennengelernt. Sie war durch ihre Analogie mit der physiologischen Übermüdung, durch den Kontrast von affektiver Überreiztheit mit einem Grundzustand schwerer apathischer Abspannung und durch die entsprechenden assoziativen und perzeptiven Symptome der Irresistenz, Schwäche und minderwertigen Überproduktion als solche erkennbar. Neben diesem reinen Erschöpfungswahnsinn boten die Gipfelpunkte der Klugeschen Psychose eine mehr hysteriforme Variante des sensitiven Wahnsinns, deren Besonderheit in der Neigung zu Amnesien und Bewußtseinsveränderungen, einem mehr explosiven Gemütszustand und der jähen Affektkurve zum Ausdruck kam.

Der Typus der sprunghaften Wahnbildung nach Art einer Zwangsneurose war in ausgeprägter Weise nur bei dem Friedmannschen Holzdreher zu finden. Er hat zur Grundlage einen Zustand schwerer Nervosität, aus dem von Zeit zu Zeit wahnhafte Einfälle von momentan zwingender Lebendigkeit, aber kurzer Lebensdauer hervorspringen. Die scheinbar zusammenhangslose Selbständigkeit der Einzelideen unterscheidet diese Form von den systematisch-paranoischen Bildern und rückt sie in die Nähe der Zwangsneurose.

Mit dem Namen „Beziehungsneurose" endlich haben wir alle diejenigen Zustände zusammengefaßt, wo der Realitätswert der Beziehungsideen unterhalb der Grenze des Psychotischen bleibt. Wir bezeichnen so die sensitiv gefärbte Nervosität, die von Beziehungsgefühl und ungefestigten

Beziehungsideen beherrscht ist. Unter diesem Bild verlaufen einmal die leichtesten Formen des sensitiven Beziehungswahns, wie sie sich vor allem in der Masturbantengruppe finden; oder es bildet das längere Einleitungsstadium der späteren Geisteskrankheit. Vor allem wichtig aber sind die sekundären Beziehungsneurosen, die nach Ablauf des sensitiven Beziehungswahns als dauerhafter Restzustand zurückbleiben können und die einfach die durch die überstandene Krankheit vertieften Züge der sensitiven Konstitution darstellen. Sie sind neben neurasthenischen Allgemeinsymptomen durch große Erschöpfbarkeit und Labilität, durch skrupulöse Überspanntheit und persönliche Überempfindlichkeit und die aus alledem entspringende Neigung zu flüchtigen Beziehungsideen vorwiegend asthenischen Inhalts gekennzeichnet. Die Disposition zu psychotischen Rezidiven tragen sie in sich.

Der **Verlauf** des sensitiven Beziehungswahns bestätigt seinen Charakter als psychopathische Reaktion. Er ist, kurz gesagt, ein verhältnismäßig gutartiger. Er tendiert in den leichteren Fällen zur Heilung. Die reaktiven primären Beziehungsneurosen kommen, wie bekannt, meist gar nicht in die Hand des Psychiaters, sondern höchstens einmal in die Sprechstunde des praktischen Nervenarztes. Daß sich z. B. von den Neurosen jugendlicher Masturbanten noch Reste in höherem Lebensalter nachweisen ließen, findet sich nirgends erwähnt (damit meine ich natürlich nicht spätere normalpsychologische Skrupel über „Jugendsünden", ebensowenig die Dauersymptome der sensitiven Persönlichkeit). Wo wir einmal in späteren Jahren eine Katamnese aufnehmen können, da finden wir auch bei so schweren Psychopathen wie Pernsberger die Masturbantenneurose überwunden und korrigiert. Leichtere Psychosen, wie etwa bei Käfer oder in den Mischfällen Urban und Held, können bei rechtzeitigem ärztlichem Eingreifen sofort restlos und unter voller Korrektion abklingen. In der Mitte zwischen diesen und den schweren Fällen steht die von Friedmann besonders betonte Verlaufsform, wo nach einigen Jahren „das Wahngebäude in den Hintergrund tritt", ohne daß Krankheitseinsicht zustande kommt. Die Stimmung kommt wieder ins Gleichgewicht, der Wahn rückt als abgetane Sache in die Vergangenheit, der Beruf wird ohne Störung weitergeführt. Die Persönlichkeit ist ungeschädigt und „relativ", d. h. bis auf die fehlende Krankheitseinsicht, genesen.

Etwas anders ist der Verlauf bei den schweren Sensitivpsychosen. Bei den vier besonders schweren Fällen unseres Materials: Renner, Feldweg, Brenner und Kluge (wenn wir zunächst von den expansiv gemischten Fällen absehen) sind wir in der glücklichen Lage, über eine Reihe von Jahren die Entwicklung der Krankheit überblicken zu können. Alle vier — dies ist für die Prognose des Leidens besonders wichtig — sind berufstätig ins bürgerliche Leben zurückgekehrt. Dr. Kluge ist nach einem stürmisch akuten Krankheitsverlauf von $2^1/_2$ Monaten als offenbar vollständig geheilt entlassen worden. Die Heilung — jedenfalls im praktischen Sinne — hat nunmehr 6 Jahre angehalten. Er ist nicht nur berufsfähig geblieben, sondern sein Nervensystem hat sogar die Belastungsprobe eines langen Frontdienstes im Kriege ausgehalten. Dieser rasche und günstige Verlauf muß wohl darauf zurückgeführt werden, daß es sich nicht um eine rein sensitive Persönlichkeit handelt, und daß die Psychose selbst mit den prognostisch ohnehin günstigeren hysterischen Zügen untermischt war. —

Die anderen drei Fälle klingen nach einem chronisch hinziehenden Krankheitsverlauf von 3 bis 6 Jahren zuletzt in eine sekundäre Beziehungsneurose aus. Die Heilung ist in einer Hinsicht vollkommener, als in den Friedmannschen Fällen, sofern jedenfalls bei Helene Renner und bei Brenner Krankheitseinsicht für das frühere Wahnsystem eingetreten ist. Praktisch betrachtet aber ist die Heilung eine noch relativere: der Affekt ist nicht recht ins Gleichgewicht gekommen, eine gesteigerte Nervosität mit Beziehungsneigung hält an, die Rückfallgefahr ist bei der großen seelischen Labilität jeden Augenblick gegeben. Immerhin ist im Verhältnis zur Schwere der Psychose wenigstens bei Brenner und Fräulein Feldweg das schließliche Resultat doch noch ein ganz befriedigendes: beide haben, wenn auch in geschützter Stellung, nun seit Jahren ihren Beruf ausgefüllt und gute, wertvolle Arbeit getan. Helene Renner dagegen scheint bei ihrer besonders zarten Veranlagung immer noch recht gefährdet und bisher im Berufe nicht sicher eingelebt.

Ob diese sekundären Beziehungsneurosen bei günstigen äußeren Verhältnissen die Neigung haben, sich allmählich ganz zurückzubilden, läßt sich bisher nicht entscheiden. Jedenfalls ist zu betonen, daß auch in diesen schwersten Fällen die Persönlichkeit in allen Einzelzügen intakt geblieben ist und nur in ihrer angeborenen nervösen Labilität noch ausgeprägter erscheint. Die Intelligenz und der affektive Rapport mit der Umgebung sind vollkommen tadellos, von autistischer Verödung oder schizophrener Verschrobenheit ist keine Spur zu erkennen. Ebenso wie die Tendenz des Querulantenwahns eine progressive ist, so ist die Verlaufstendenz des sensitiven Beziehungswahns, soweit sich bisher übersehen läßt, eine mehr regressive, zur Heilung zielende. Für die Paranoiafrage aber ist diejenige Verlaufsform des sensitiven Beziehungswahns von größtem Belang, die bei Zumischung expansiver Charakterkomponenten, wie im Fall Wagner oder bei Bjerres Patientin, sich entwickelt. Hier verschwindet die spontane Heilungstendenz, das Stadium der sekundären Beziehungsneurose bleibt aus, und der sensitive Beziehungswahn kann dann nicht nur im Symptombild, sondern auch in der Verlaufsform Schulfälle von „chronischer Paranoia" aus sich entwickeln. Man beachte, daß nicht nur Gaupp — und wie wir glauben, mit vollem Recht — Wagner als einen Paranoiker bezeichnet, sondern daß z. B. auch Bleuler, der sich in seinem Lehrbuch in der Hauptsache ganz der Kräpelinschen Paranoiaauffassung anschließt, diesen Fall der Paranoia zurechnet. Daß sich allerdings nicht auch einzelne schwere Fälle reiner Sensitivpsychose, wie der Rennersche, späterhin noch progressiv entwickeln könnten, wird man grundsätzlich heute noch nicht entscheiden wollen. Man wird bedenken müssen, wie sehr die Prognose trotz der Gutartigkeit des Einzelanfalls durch die schwer belastete psychopathische Konstitution der Kranken und die dadurch bedingte große Rückfallgefahr getrübt ist. Das ohnehin etwas unscharfe Gefühlsurteil, daß es sich hier um „nur psychogene" Dinge handle, wäre solchen Fällen gegenüber erst recht verkehrt, wenn man sich klarmacht, daß bei solchen Menschen eine angeborene, schwer abnorme Gehirnverfassung vorliegt, deren Abnormität durch die Erlebnisreaktion nicht geschaffen, sondern nur beleuchtet wird. — Weitere prognostische Bedenken werden wir bei der Differentialdiagnose zwischen sensitivem Beziehungswahn und Gauppscher Abortivparanoia zu erörtern haben.

Was die Einzelheiten des Verlaufs betrifft, so hebt sich der Beginn unseres Krankheitsbildes wesentlich schärfer heraus, als etwa bei der „ganz schleichenden Wahnbildung" der Gauppschen Abortivparanoia. Die Entstehung des sensitiven Beziehungswahns ist meist die, daß, mit oder ohne eine psychologisch vorbereitende Periode, ein äußeres Erlebnis die Psychose ziemlich rasch, oft geradezu plötzlich hervorspringen läßt. Wagner hat am Tag nach dem pathogenen Delikt seinen Beziehungswahn fertig, Kluge erkrankt stürmisch nach seiner Vorladung vor die Polizei. Meist bereiten chronische Erlebnisreize vorher den Boden vor. Die alten Mädchen verlieben sich ganz langsam, aber noch nicht in krankhafter Weise, unter steigenden Gewissensbissen durch das tägliche Beisammensein mit dem geliebten Mann, bis plötzlich bei der Fahrt zur Sonntagsschulkonferenz, bei dem Gespräch mit der Tante, beim nächtlichen Heimbegleiten der Wahn aufflackert. Ähnlich hat bei den schon vorher gewissensbeunruhigten Masturbanten die Aufklärungsbroschüre die Wirkung des Funkens im Pulverfaß. Die erschöpfende Dienstreise des Beamten läßt die Beschämung und Verbitterung, die er schon lange in sich herumgetragen, in Form der Psychose jäh hervorbrechen. Man beachte, wie vollkommen diese Entwicklungsform den Seelenkämpfen normaler Menschen entspricht, wo eine lange verschwiegene Liebe, eine nicht verwundene Kränkung so lange das Gemüt innerlich beunruhigen, bis ein äußerliches Zusammentreffen plötzlich eine schwere Affektentladung verursacht.

Auch im weiteren Verlauf bleibt diese lebhafte psychologische Reaktivität ein Kennzeichen der Sensitivpsychose. Mit dem täuschenden Remittieren verhängnisvoll fortschreitender chronischer Prozesse hat dieses Symptom nichts zu tun. Vielmehr ist die Psychose wie ein normalpsychologischer Affektsturm der Einwirkung äußerer Konstellationen unterworfen. Wechsel des Wohnorts und der umgebenden Personen bewirkt entscheidende Besserungen und Verschlimmerungen. Eine Verlegung des Kontors in lärmende, menschenvolle Umgebung, eine Rückkehr zu den bigotten, verständnislosen Schwestern, der Verlust des gemütlichen Familienanschlusses sind von nachhaltig üblen Folgen begleitet; ein längerer Erholungsaufenthalt, die Unterlassung der nervenreizenden Dienstreise, vor allem immer wieder die Aufnahme der erschöpften und verstörten Kranken in den Schutz der Klinik verhindern oft weitere Anfälle und bringen die entscheidende Wendung zum Besseren. Dieses Verhalten läßt sich bis in die alltäglichen Zufälle, die kleinsten Kränkungen und Verstimmungen hinein verfolgen. Es kommt so die lebhafte Veränderlichkeit und Beweglichkeit des ganzen Krankheitsbildes, insbesondere die labile, beständig unruhige Schwingung des Affektlebens, kurz die zackige Intensitätskurve zustande, die gerade die schwereren Fälle auszeichnet und die bei einem primitiv untermischten Fall, wie Kluge, besonders jähe und plötzliche Wendungen nimmt. Doch wird dieses Verhalten mehr auf der Höhe der schweren Fälle beobachtet, während bei den leichteren Graden ein mehr gleichmäßiges Bild anhaltender seelischer Depression und Spannung vorherrschen kann, das allerdings seine Reaktivität bei kleinen Erlebniswirkungen schnell verrät.

Die Verlaufsform des sensitiven Beziehungswahns ist also durchaus keine schematische: rasch heilende, akute Reaktionen (Kluge), gestreckte Verlaufstypen von vieljähriger Dauer ohne sichergestellte Heilung (Renner), rezidivierender

Verlauf in scharf abgesetzten Einzelanfällen (Gierlichs Regierungsrat) oder jahrelangem Hin-und-her-Schwanken an der Grenze zwischen wahnhaftem Aufflackern und neurotischem Grundzustand — das sind die äußerlich recht verschiedenen Verlaufstypen, die aber alle einer gemeinsamen inneren Triebfeder, nämlich ihrer psychologischen Reaktivität ihre Verschiedenheit verdanken. Kurz zusammengefaßt kann man also sagen:

Der Verlauf des sensitiven Beziehungswahns ist

1. durch seine lebhafte psychologische Reaktivität in allen Krankheitsstadien,
2. in den reinen und leichteren Fällen durch seine Heilungstendenz und
3. durch die volle Erhaltung der Persönlichkeit auch in den schweren Fällen gekennzeichnet.

Die Krankheitsdauer beträgt bei dem primitiv gemischten Fall Kluge nur $2^1/_2$ Monate, bei den reinen Sensitivpsychosen bis zu 6 Jahren, wenn man nur die Zeit der eigentlichen psychotischen Erlebnisreaktion berücksichtigt; rechnet man die sekundären Beziehungsneurosen ein, so ist die Dauer bei einzelnen Fällen bisher eine unbegrenzte, das Anhalten der Störung z. B. bei Helene Renner jetzt im ganzen 11 Jahre beobachtet. Vollends die expansiv gemischten Fälle sind in ihrem festen, progressiven Ausbau an keine Zeitdauer gebunden.

Die Häufigkeit der Erkrankung ist jedenfalls keine sehr große, wenn man sie mit der Gesamtzahl der Aufnahmen einer psychiatrischen Klinik vergleicht. Immerhin wurden doch vom 1. August 1913 bis 1. August 1914 drei Fälle in die Tübinger Klinik aufgenommen. Die Zahl der Aufnahmen von 1909 bis 1914 betrug 8 (unter Ausschluß der ganz an der Peripherie stehenden Fälle Held und Urban); bei der Schwierigkeit der nachträglichen Herausfindung der unter verschiedenen Diagnosen laufenden Krankenblätter können es sehr wohl auch einige Fälle mehr sein. Das Krankheitsbild gehört also auch nicht zu den Seltenheiten, sondern zu den Formen, die man im alltäglichen diagnostischen Gebrauch zur Verfügung haben muß. Bei seiner Abhängigkeit von der Charakteranlage mag es immerhin in Volksstämmen, wie dem schwäbischen, etwas häufiger, als in anderen sein.

Über die Häufigkeit der sensitiven Charakteranlage in ihren ausgeprägten und krankhaften Formen habe ich mir in meiner Kriegsnervenstation ein Urteil zu bilden versucht. Unter Hunderten von Psychopathen sind mir hier kaum ein Dutzend Sensitivneurotiker durch die Hand gegangen; davon waren der größere Teil Zwangsneurotiker, nur zwei Fälle zeigten, wenn man von den Nebenbefunden bei Zwangsneurotikern absieht, ausgeprägte beziehungsneurotische Störungen in Anamnese oder Zustandsbild. Auch die typischen Kampfneurosen, meist in Form paranoischer Einstellung auf dienstliche Kränkungen, waren nur durch einige wenige Fälle vertreten. Dieselbe Beobachtung wird man übrigens auch im Zivilleben ungefähr bestätigt finden: nämlich daß die unspezifischen psychopathischen Reaktionsformen, die der primitiven und hysterischen Gruppe, an Häufigkeit bei weitem überwiegen, während die spezifischen, d. h. durch Charakter und Erlebnisform determinierten Reaktionen der Kampf- und Sensitivneurotiker die Ausnahmen bilden.

Die ihnen zugrunde liegenden Charakterformen sind in ihren mehrfachen und bestimmten Voraussetzungen gegenüber der vulgären Profillosigkeit der primitiven Charaktergruppen die zugleich selteneren und psychiatrisch hochwertigeren.

Wenn wir festgestellt haben, daß der sensitive Beziehungswahn aus einer bestimmten psychopathischen Charakteranlage als psychologische Reaktion herauswächst, so haben wir bezüglich seiner **Abgrenzung** damit schon entschieden, daß er eben in der großen Gesamtkategorie der psychopathisch-reaktiven Seelenstörungen seinen Platz finden muß, und daß es folglich gemäß der Eigenart dieser Kategorie zwischen ihm und ihren anderen Gruppen keine scharfe Trennungslinie gibt. Man verstehe mich wohl: der sensitive Beziehungswahn ist eine scharf charakterisierte, aber keine scharf begrenzte Krankheitsart. Es gibt nichts Typischeres, in sich Ähnlicheres und gegeneinander absolut Verschiedeneres, als etwa die Kerngruppe des Querulantenwahns und der Zwangsneurose. Und doch verschwimmen, von der Kerngruppe gegen die Peripherie des Krankheitsbildes zu an faßbarer Eigenartigkeit langsam abnehmend, die Grenzfälle der Einzelgruppe nach allen Seiten hin mit den Grenzfällen der benachbarten Gruppen des psychopathischen Gesamtgebietes, oder sie bauen sich mit wohl erkennbaren Einzelkomponenten zu Kombinationen zusammen, so daß schließlich auch zwischen den entferntesten und unähnlichsten Typen durch Mittelglieder sich Brücken bilden. Alle Forschung auf dem Gebiete physiologischer wie psychopathischer Charaktere und ihrer Reaktionen ist Typenforschung, nicht Grenzenforschung.

Wir haben die innige Verwandtschaft des sensitiven Beziehungswahns mit der Zwangsneurose immer wieder aufzeigen können bis zu einem Grad, daß jede scharfe Trennung zwischen Zwangsvorstellungen und denjenigen sensitiven Wahnbildungen verschwinden mußte, die sich durch zweifelhaften Realitätswert und rasche Korrektur auszeichneten. Die vielen und wesentlichen Unterschiede zwischen beiden Krankheitsbildern, wie sie, abgesehen von der Verschiedenheit des Realitätsurteils, beispielsweise in dem gegensätzlichen Verhalten hinsichtlich der logischen Systematisierung und der zeitlichen Kontinuität der krankhaften Vorstellungen enthalten sind, liegen so auf der Hand, daß ein näheres Eingehen darauf sich erübrigt. Der Hauptunterschied der sehr ähnlichen charakterologischen Grundlage beider Erkrankungen liegt, wie gesagt, in dem durchschnittlichen Plus an Spannung und sthenischem Kontrast auf seiten der Beziehungsneurotiker.

Der sehr ausgeprägte Unterschied hinsichtlich der Verlaufsform ist dadurch gegeben, daß bei der Zwangsneurose die habituellen, bei der Beziehungsneurose die reaktiven Zustände überwiegen. Die Zwangsneurose nähert sich mehr dem Typus der von der Jugend bis zum Alter sich erhaltenden psychischen Mißbildung, die Krankheiten der Beziehungsneurotiker stellen mehr zeitlich umgrenzte Anfälle dar. Aber auch unter diesen haben wir doch vereinzelte Fälle aufzeigen können, wo reaktive Steigerungen aus einem mehr gleichmäßig über größere Lebensstrecken verteilten diffusen Beziehungsgefühl nur noch schwach hervortraten; wir haben sie als habituelle Beziehungsneurosen bezeichnet. Um-

gekehrt haben wir bei Besprechung der invertierten Zwangsvorstellung im zweiten Kapitel darauf hingewiesen, daß Zwangsvorgänge sehr wohl auch sich reaktiv zu schweren Psychosen zusammenballen können, ja daß auch die vulgäre Zwangsneurose meist am Übertritt von der Kindheit zum erwachsenen Alter den Punkt erkennen läßt, wo sie reaktiv aus bestimmten Erlebnissen ihren Ursprung nahm. Man wird diese letztere Verlaufsart nicht mehr wesentlich verschieden finden von dem Ausgang des reaktiven Beziehungswahns in sekundäre Beziehungsneurose, wenigstens in den Fällen, wo diese einen dauernden, vielleicht späterhin weiter progressiven, wenn auch nicht deletären Endzustand darstellen mag.

Eine solche Verlaufsform psychopathischer Seelenzustände, wo durch das Erlebnis eine vorher latente seelische Anlage in seelische Bewegung umgesetzt wird, die nie mehr bis zu ihrem Ausgangspunkt zurückkehrt, können wir als reaktive Entwicklung bezeichnen und diese Verlaufsform in die Mitte stellen zwischen die einfache Reaktion, der eben die Rückkehr bis zum seelischen Grundzustand in begrenzter Zeitspanne zukommt, und die Selbstentwicklung, durch die eine angeborene seelische Mißbildung, bei Fehlen bestimmter einzelner Erlebniswirkungen, eben nur so weit sich verändert, als es der einfache Durchgang durchs Leben und die Lebensalter mit sich bringt. Eine psychopathische Reaktion stellt der einfache, heilbare Beziehungswahn dar, eine reaktive Entwicklung der progressive oder in dauernde Beziehungsneurose ausgehende Beziehungswahn, oder die reaktiv ausgelöste dauernde Zwangsneurose, während die eigentlich habituellen Zwangs- und Beziehungsneurosen als psychische Mißbildungen, bzw. Selbstentwicklungen aufzufassen sind. Diese psychopathischen Verlaufsbilder gehen so fließend ineinander über, wie wir es von den psychopathischen Symptombildern schon oben betont haben. — Soviel über die Zusammenhänge zwischen Zwangs- und Beziehungsneurose.

Daß sensitive und rein asthenische Reaktionen sich gegenseitig nicht ausschließen, ist deshalb selbstverständlich, weil die asthenischen Züge am Aufbau des sensitiven Charakters einen wesentlichen Anteil haben. So konnten wir an einer Anzahl unserer Krankenblätter in typisch wiederkehrender Weise beobachten, daß die Patienten im Verlauf ihres Lebens neben ihren sensitiven Reaktionen auch die weichen, gedehnten Depressionszustände des asthenischen Typs aufwiesen. Der Tod geliebter Angehöriger, besonders der Mutter, pflegte solche reaktiven Gemütsveränderungen von abnormer Tiefe und Dauer hervorzurufen. Bei solchen Fällen trat die Spezifität der höheren psychopathischen Reaktionsformen auch innerhalb derselben Persönlichkeit klar hervor. Einfach deprimierende Ereignisse, wie Todesfall der Mutter, brachten nie etwas von den schlummernden sensitiven Krankheitskeimen zum Vorschein, sondern immer nur den adäquaten, einfach asthenischen Depressionszustand. Umgekehrt wurden Erlebnisse beschämender Insuffizienz nie mit einer einfachen Depression, sondern eben mit einem sensitiven Beziehungswahn abgemacht. — Ähnliches konnte übrigens auch hinsichtlich der primitiven und hysterischen Reaktionen, soweit sie bei sensitiven Patienten vorkamen, früher wiederholt betont werden. — Eine ethische Niederlage mobilisiert also in krankhafter Weise die Gesamtheit des sensitiven Charakters, ein einfach niederdrückendes Erlebnis nur seine asthenische Teilkomponente, ein einfach erregendes Erlebnis (schlechte Behandlung, Kündigung, Streit mit Kameraden, Angst vor

äußerlich kompromittierenden Ereignissen) nur seine etwaigen primitiven und hysterischen Zutaten, während das Gefühl chronischer Vergewaltigung bei entsprechender Charaktermischung eine sensitiv begonnene Entwicklung in eine Kampfpsychose umschlagen lassen kann (Fall Wagner).

Aus diesen Beobachtungen gewinnen wir ein Grundgesetz psychopathischer Charakterologie: „Innerhalb eines Charakters von verschiedenen Reaktionsmöglichkeiten wird eine bestimmte krankhafte Reaktion spezifisch durch das zugehörige Schlüsselerlebnis ausgelöst."

Die Einschränkungen, die hier zu machen sind, verstehen sich von selbst. Einmal können wir, da wir uns auf dem Boden komplizierter psychologischer Vorgänge bewegen, überhaupt nur eine Regel, kein schlechthin bindendes mathematisches Naturgesetz aufstellen. Sodann muß den Reaktionen der primitiven und hysterischen Gruppe bei ihren leichten und polymorphen Entstehungsmöglichkeiten natürlich auch hier ein gewisser Spielraum gelassen werden. Ebenso brauche ich kaum darauf hinzuweisen, daß eine noch bestehende Reaktionsform auch durch Schlüsselerlebnisse anderer Reaktionsformen verschlimmert werden kann. So wird z. B. die schon vorhandene Beziehungssucht der Helene Renner durch die Abschrift eines grausigen Sektionsberichts, also durch ein Erlebnis verschlimmert, das mit beschämender Insuffizienz nichts zu tun hat. Es ist klar, daß, wo einmal das psychische Gleichgewicht gestört ist, nun weiterhin somatische und psychische Schädigungen ganz beliebiger Art die einmal eingeschlagene falsche Richtung befördern können.

Damit verlassen wir die Stellung des sensitiven Beziehungswahns zu den psychopathischen Reaktionen im allgemeinen und wenden uns dem speziellen Problem der Wahnbildung auf psychopathisch-reaktiver Grundlage, bzw. der Frage nach den Zusammenhängen zu, die zwischen den sensitiven und den übrigen reaktiven Wahnformen bestehen. Auf diesem wissenschaftlich erst an einigen Stellen tiefer angeschürften Gebiet treten außer dem sensitiven Beziehungswahn bisher hauptsächlich zwei Gruppen deutlicher zutage, nämlich einmal die auf der Grundlage des expansiven Charakters erwachsenen Formen des Querulantenwahns oder, umfassender ausgedrückt, die Kampfpsychosen und sodann die Birnbaumschen Typen der „wahnhaften Einbildungen der Degenerativen", die vor allem der Reaktionsweise unserer primitiven Charaktergruppen entsprechen, denen aber außerdem alle Urteilsfälschungen psychologisch anzugliedern sind, die vorwiegend primitiven und hysterischen Mechanismen ihr Dasein verdanken. Auf diese festen Punkte werden wir klarheitshalber unsere Betrachtung beschränken müssen, wenn wir auch nicht im Zweifel darüber sind, daß neben ihnen noch andere, wenig beforschte Formkreise bestehen, und daß somit unsere hier ausgeführten Gedanken nur den Wert einer vorläufigen Skizze haben. Immerhin werden wir, wenn wir zunächst einmal von den Kraepelinschen Paranoiatypen absehen, nicht zu weit gehen, wenn wir behaupten, daß die Mehrzahl aller reaktiv psychopathischen Wahnformen innerhalb eines Dreiecks liegen, dessen Eckpunkte vom sensitiven Beziehungswahn, vom Querulantenwahn und von den wahnhaften Einbildungen der Degenerativen gebildet werden (wenn wir überall die geläufigen klinischen Ausdrücke mit dem Bewußtsein ihrer psychologischen Unvollständigkeit gebrauchen wollen). Diese

drei Eckpunkte sind durch die zugehörigen Grundlagen des sensitiven, expansiven und primitiven Charakters gestützt, und auf den Verbindungslinien dieser drei Eckpunkte reiht sich ein unerschöpflicher Reichtum individueller Wahnsysteme als der Ausdruck von Mischungen und Kombinationen der reinen Grundcharaktere aneinander.

Auf die Übergangsformen zwischen primitiver und expansiver Wahnbildung näher einzugehen, liegt außerhalb unserer Aufgabe. Es sei hier nur auf den früher berührten Intrigantencharakter hingewiesen, der die primitive Suggestibilität und lügnerische Unmoral mit der rücksichtslosen Zähigkeit des Kampfneurotikers vereinigt und eine reiche Quelle wahnhafter Urteilsfälschung bildet. Als schönes Beispiel dieser Klasse sei der erste Fall in Heilbronners Arbeit über „Hysterie und Querulantenwahn" angeführt, wo eine Frauensperson von „unausstehlichem Charakter" aus der hysterisch-pseudologischen Wunscheinbildung, Ansprüche auf die Hand eines Arztes machen zu können, allmählich ein ausgedehntes Querulantenwahnsystem gegen diesen entwickelt.

Dagegen haben wir die Übergangsformen zwischen sensitiver und primitiver und zwischen sensitiver und expansiver Wahnbildung im sechsten Kapitel an einigen wenigen Beispielen erläutern können. Die Ähnlichkeit zwischen den wahnhaften Einbildungen der Degenerierten und dem sensitiven Beziehungswahn liegt offenkundig in dem bedingten und schwankenden Realitätswert der wahnhaften Einzelideen beschlossen, während ihr tiefer, grundsätzlicher Unterschied durch den vollkommen anderen Affektwert des Wahns bedingt ist. Der sensitive Beziehungswahn ist von einer, im tiefsten ethischen Grund der Seele verankerten, schweren Gemütsveränderung getragen, die die Einheitlichkeit und Straffheit seiner Gedankenrichtung und die damit zusammenhängende Neigung zum geschlossenen System begründet. Diese Ernsthaftigkeit und Festigkeit im wahnbildenden Grundgerüst bedingt seine Beziehungen zur Paranoiagruppe. Die degenerativen Einbildungen dagegen sind lose herabwirbelnde Blätter von einem schlecht gewurzelten Baum, labile, phantastische, halb spielerische Produkte oberflächlicher Wünsche und Befürchtungen, die ihre Abkunft aus Charakteren nicht verleugnen, die weder Tiefe noch Geschlossenheit besitzen.

Ob zwischen diesen im engen Sinn degenerativen Urteilsfälschungen und dem sensitiven Beziehungswahn direkte Kombinationen vorkommen, muß bei der außerordentlichen Gegensätzlichkeit ihrer seelischen Grundlagen zunächst bezweifelt werden, wenn man auch gerade im psychopathischen Gebiet hinsichtlich der Mischung bizarrer Charakterkontraste nichts für unmöglich halten darf. Dagegen sahen wir im Fall Kluge, wie schon leichte Zumischungen von im weiteren Sinn primitiven Charaktereigenschaften zur sensitiven Persönlichkeit auch sofort der Wahnbildung eine andere Farbe geben: äußerliche Angst vor äußerlicher Bedrohung kommt im Wahnsystem neben der sensitiv verinnerlichten Gewissensangst zum Vorschein; die phantastische Auflockerung des Wahninhalts wird zeitweise zur Sprunghaftigkeit; jäher Affektwechsel, Bewußtseinsveränderungen und hysterische Ausbrüche unterbrechen den Ablauf der sensitiven Grundstörung. Dies alles sind Züge, die bei ihrer schweren, explosiven Affektbeladenheit den unmittelbaren klinischen Übergang vom sensitiven Beziehungswahn zu den explosiven Formen der Pri-

mitivpsychose bilden, die aber durch dieses Bindeglied mittelbar auch zu den spielerischen Einbildungen der Degenerativen hinüberführen. — Umgekehrt sahen wir an Fällen, wie dem Heldschen, daß etwas feinere Gemütsweichheit, einem primitiven Seelenleben zugesetzt, genügt, um dessen rohem, wahnhaftem Eifersuchtsaffekt einen sensitiven Beiklang zu geben. Naturgemäß wird es solchen sehr einfachen, geistig unentwickelten Psychopathen gegenüber oft schwer fallen, in ihrem spärlichen, verschwommenen Gemütsleben einzelne Charakterkomponenten noch scharf herauszuheben.

Um so interessantere seelische Verwicklungen werden wir aus der expansiv-sensitiven Wahnmischung erwarten dürfen. Welch gewaltige seelische Spannungen und dramatische Entladungen entstehen können, wenn die sich feindlichen Elemente sensitiver und expansiver Gedankenrichtung in derselben Persönlichkeit in krankhaften Kontakt kommen, ist im Fall Wagner hervorgetreten. Rücksichtslose Kampflust und weiche Feinfühligkeit überreizen sich in solchen Naturen in unerträglichem Zirkel. Verzweifelter Trotz bricht sich hundertmal an der eigenen Schwäche, die mit verschärften Gewissensbissen wieder den Rachewillen höher hinauftreibt. Der Zug von seelischer Größe, der gerade der Wagnerschen Psychose eignet, ist durchaus kein Zufall. Vielmehr liegt in der expansiv-sensitiven Charaktermischung der Schlüssel zum Verständnis mancher ungeheuren Wirkungen genial-psychopathischer Persönlichkeit. Unbrechbar selbstbewußte Willenskraft, von ethischer Überempfindlichkeit und skrupelhaft quälender Innerlichkeit bis zu ihren äußersten Möglichkeiten aufgestachelt, vollbringt die weltgeschichtlichen Leistungen, die noch späten Jahrhunderten zugleich als Wahnsinn und Wunder erscheinen. Luther war an sensitiver Gewissensangst und zögernder Unsicherheit zunächst einem Zwangsneurotiker ähnlicher als einem kommenden Helden, als er die dogmatischen Probleme seiner Zeit anzugreifen begann, um, durch den Lauf des Schicksals in die Stellung des Gegenspielers gegen eine weltbeherrschende Großmacht hineingetrieben, diese mit dem erwachenden Fanatismus des genialen Querulanten durch alle Instanzen durchzukämpfen. Die Geburt des Kämpfers aus dem Sensitiven ist den Biographen stets das Rätsel der Lutherschen Persönlichkeit gewesen. Wer nicht mit dem historischen Gleichmut des Nachgeborenen, sondern mit frischer Phantasie sich in die ganze Unmöglichkeit der Kampfstellung eines machtlosen Mönchs gegen Kaiser und Kirche hineindenkt, der wird erkennen, wie hier Genie und „dämonische Besessenheit" (um in der Sprache der Zeitgenossen zu reden) in eins zusammenfließen. — Ich kann auf die fruchtbaren Perspektiven, die sich für die psychiatrische Charakterlehre aus der Einbeziehung der genialen Persönlichkeiten ergeben, in diesem Zusammenhang nicht näher eingehen. Man verstehe wohl: „Charakterlehre", nicht „Pathographie", weil wir nicht das Krankhafte im genialen Charakter aufstöbern, sondern im abnormen Charakter das Großartige bewundern wollen. Jedenfalls zeigt schon dieser kurze Seitenblick, welch geladene Spannkraft in der expansiv-sensitiven Charaktermischung psychopathischer Persönlichkeiten eingeschlossen ist, die zerschmetternd auf ihre Umgebung hereinbrechen, ebensowohl aber ein ganzes Zeitalter auf die Höhe der Weltgeschichte emporreißen kann.

Es bleibt uns noch die früher schon gestreifte Frage zu erörtern: Ist das formale Symptom des Beziehungswahns (nicht das, was wir als das klinische Krank-

heitsbild „sensitiver Beziehungswahn" bezeichnet haben) — ist der Beziehungswahn als formales Symptom innerhalb der psychopathisch-reaktiven Wahnpsychosen auf die sensitive Charaktergrundlage beschränkt? Es ist selbstverständlich und bedarf keiner Auseinandersetzung, daß falsche Eigenbeziehungen überall auftreten können und bis zu einem gewissen Grad auftreten müssen, wo überhaupt Wahn ist, denn jeder Wahn verrückt irgendwo die Stellung zwischen Ich und Außenwelt und damit auch die Deutung realer Außenwahrnehmungen, die der Kranke auffaßt. Wir wollen aber unter Beziehungswahn im engeren Sinn hier nur bezeichnen die Multiplikation des wahnhaften egozentrischen Kerngedankens durch die planmäßige Ausbeutung kleiner Alltagserlebnisse, also die Eigenbeziehung nur dort, wo sie systematisch, massenhaft und feinverzweigt auftritt. Überall dort, wo nur die notwendigsten, groben Brücken zwischen Wahninhalt und Außenwahrnehmung geschlagen werden, sprechen wir nicht von Beziehungswahn, ebensowenig dort, wo Eigenbeziehungen zwar reichlich, aber ohne inneren Zusammenhang erzeugt werden.

Daß die sensitive Persönlichkeit mit ihrer Feinfühligkeit, Verletzbarkeit und gesteigerten Eindrucksfähigkeit im allgemeinen, mit ihrer Neigung zu peinlichen Affekten, zu aufdringlichem Beschämungsgefühl und ihrer schüchternen Unsicherheit im geselligen Auftreten im besonderen zur krankhaften Eigenbeziehung von Hause aus mehr als viele andere psychopathische Charakteranlagen geschaffen ist, darf man wohl ohne Widerspruch behaupten und kann man aus unserem vorgelegten klinischen Material entnehmen. Andererseits pflegt die Zielstrebigkeit des Kampfneurotikers sich durchschnittlich viel weniger mit ausgebreiteten und feinverzweigten Beziehungsideen aufzuhalten und die Wahnbildung des Primitiven meist der systematischen Geschlossenheit des engeren Beziehungswahns zu entbehren. Gibt es aber Ausnahmen, besonders unter den Charaktermischungen ohne sensitive Bestandteile? Dies ist eine Frage, die sehr zur Beantwortung reizt, die aber nur an einem nach unseren charakterologischen Gesichtspunkten sorgfältig ausgesiebten Material entschieden werden könnte. Wenn wir oben gesehen haben, wie kleine Einschläge in einem Persönlichkeitsbild die Symptomatik seiner psychotischen Reaktion schon charakteristisch mitfärben können, so werden wir zugeben müssen, daß die hergebrachte Technik der psychiatrischen Krankheitsbeschreibung für die Lösung solcher Fragen keineswegs ausreicht. So wäre es z. B. müßig, an dem heutigen Bilde des Querulantenwahns, das in die entsprechende charakterologische Gruppe weder ganz eingeht noch sie umfaßt, die Vermutung, daß den Kampfpsychosen der feine, ausgebreitete Beziehungswahn grundsätzlich fremd sei, beweisen oder widerlegen zu wollen. Immerhin möchte ich auf die Wahrscheinlichkeit hinweisen, daß z. B. im Intrigantencharakter mit seiner Freude am feinsten Ausmalen und Aufspüren ichbezüglicher Bosheiten eine von sensitiven Beimengungen unabhängige, selbständige Quelle psychopathisch-reaktiven Beziehungswahns liegt, freilich in einer von sensitivem Beziehungswahn grundverschiedenen Ausprägung. In dieser Richtung beansprucht besonders der erste Fall des Friedmannschen Materials unsere Aufmerksamkeit, der in der äußeren Erlebniskonstellation mit den Sensitivpsychosen alternder Mädchen eine gewisse Ähnlichkeit hat. Ein Mädchen mit reichlich primitiven Charakterzügen („oberflächlich, vergnügungssüchtig, egoistisch, anspruchsvoll, wenig häuslich")

und lebhaftem Heiratswunsch bemerkt in den „kritischen Jahren des Verblühens", wie die letzten Bewerber sich von ihr zurückziehen. Darauf reagiert sie in der typischen Weise der Intrigantinnen, mit unleidlicher Verdrossenheit und leidenschaftlicher Zanksucht, indem sie sich mit gehässiger Zähigkeit daran macht, die im Hause wohnenden Mietsherren hinauszudrängen, deren angebliche gemeine Verleumdungen und Machenschaften an ihrem Mißerfolg schuldig sein sollten. Damit ist ein ziemlich reichlicher Beziehungswahn verbunden, der hauptsächlich diese Mieter zum Mittelpunkt hat. Doch ist gerade auch hier die Möglichkeit kleiner sensitiver Charakterbeimengungen (Unentschlossenheit, Liebe zu Kindern; in der Familie Zwangsneurose) nicht sicher auszuschließen. Man vergleiche zu dieser Frage auch den 3. Fall katathymer Wahnbildung von H. W. Maier, der mit diesem in der Entstehungsweise große Ähnlichkeit hat, aber noch reicher ausgebaut ist. Auch dort wird der vereitelte Wunsch auf Eheglück auf ein System feindseliger Intrigen zurückgeführt und dabei reichlicher Beziehungswahn gebildet. Mit ihrem egoistisch nach außen gerichteten Affekt gehört die Patientin sicher nicht vorwiegend in unsere Charaktergruppe, doch besteht auch bei dieser offenbar feingebildeten Dame die Möglichkeit einer Zumischung sensitiver Momente.

Die Abgrenzung des sensitiven Beziehungswahns von manisch-depressivem Irresein und Dementia praecox läßt sich kurz abmachen. Die wesentlichen Unterscheidungsmerkmale zwischen zirkulärer und reaktiv-psychopathischer Wahnbildung im allgemeinen hat schon Friedmann in seiner grundlegenden Arbeit über die milde Paranoia klar herausgestellt. Wir vermissen bei unserem Krankheitsbild sowohl die feste Monotonie einer selbständigen Affektstörung, als die charakteristischen Veränderungen der zirkulären Psychomotilität, wir finden im Gegenteil die psychologische Abhängigkeit und psychologische Reaktivität von Affekt und seelischer Bewegung als Grundmerkmal. Die Wahnbildungen zirkulärer Mischzustände können wohl an äußere Erlebnisse anknüpfen, es fehlt dieser Entstehung aber die volle Einfühlbarkeit, d. h. die zwingende innere Notwendigkeit, die besagt, daß dieses bestimmte Erlebnis aus diesem bestimmten Charakter diese bestimmte Reaktion unausweichlich hervorrufen mußte und daß außer diesen psychologisch verständlichen Momenten mit Einschluß von Milieu und Erschöpfung die Reaktion für unser miterlebendes Gefühl keine weitere Erklärung bedarf. Im weiteren Verlauf ist die sensitive Wahnbildung ebenso durch ihre strenge Erlebniszentrierung, wie die zirkulär-paranoide durch deren Mangel ausgezeichnet. Daß gelegentlich einmal eine Kombination zwischen zirkulärer und sensitiver Wahnbildung vorkommen wird, kann man bei einiger verwandtschaftlichen Beziehung zwischen den zugrunde liegenden Konstitutionen wohl erwarten; beim Fall Feldweg haben wir dies näher ausgeführt. Da aber unter den in dieser Arbeit gesammelten Fällen keine solche Wahnkombination sich findet, wird man annehmen dürfen, daß sie immerhin selten ist.

Gegenüber den schizophrenen und paraphrenen Gruppen gelten ebenfalls die Kriterien der genetischen Einfühlbarkeit, der durchgängigen Erlebniszentrierung und der psychologischen Reaktivität des Verlaufs, die uns in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle diagnostisch sicher führen. Von einzelnen Zustandsbildern kann eigentlich nur der akute

sensitive Wahnsinn mit seinen pseudokatatonen Vorstellungsgruppen zu diagnostischen Zweifeln Anlaß geben. Auf die Differentialdiagnose sind wir bei dessen Beschreibung eingegangen. Soweit das Symptomatische. Zu der Frage, wieweit Kombinationen und wieweit scharfe Grenzlinien zwischen Paraphrenien und psychologischen Entwicklungen überhaupt grundsätzlich möglich sind, werden wir bei Besprechung der Gauppschen Abortivparanoia zurückkommen müssen.

Bei den scheinbaren und tatsächlichen Beziehungen, die zwischen dem sensitiven Beziehungswahn, der **„milden Paranoia" Friedmanns** und der **Gauppschen Abortivparanoia** bestehen, soll dagegen zu diesen Bildern die genaueste differentialdiagnostische Stellung genommen werden. Dieses Verfahren wird nicht nur unserem eigenen Krankheitsbild zugute kommen, sondern es wird auch geeignet sein, die Unschlüssigkeit, die bezüglich der klinischen Einreihung der Konzeptionen beider Forscher noch besteht, zu beheben und deren wesentlichen Kern klar und unmißverständlich zur Anschauung zu bringen. Das Gauppsche, das Friedmannsche und unser Krankheitsbild stellen drei Kreise dar, von denen die Gauppsche Abortivparanoia und der sensitive Beziehungswahn sich nur an der Peripherie berühren, und der Sensitivwahn mit der milden Friedmannschen Paranoia sich nur zum Teil überschneiden. Ich lege den allergrößten Wert auf die klare Erfassung der Tatsache, daß es sich um drei grundsätzlich verschiedene Kreise mit getrenntem Mittelpunkt handelt. Wenn schon bisher die Neigung bestand, die Gauppsche und die Friedmannsche Skizze zu einem verschwommenen Gesamtbild durcheinanderzumischen und diesem sodann in dem ebenfalls ungeklärten Paranoiagebiet einen unsicheren Platz anzuweisen, so soll diese Verwirrung durch die Aufstellung des sensitiven Beziehungswahns nicht noch vermehrt, vielmehr gelöst werden.

Unsere Stellung zur „milden Paranoia" Friedmanns ist sehr einfach auszudrücken. Friedmann hat keine selbständige Krankheitsgruppe aufgestellt — dies war, wie schon der Name sagt, gar nicht seine Absicht —, vielmehr hat er in seiner Arbeit alle solchen Fälle gesammelt, wo paranoische Zustandsbilder als Erlebnisreaktion und mit verhältnismäßig gutartigem Verlauf auftreten. Unter seinen Krankenblättern finden sich außer zwei Fällen von sensitivem Beziehungswahn (der Musiklehrerin und dem Holzdreher) eine größere Zahl von anderen nicht sensitiver Art, die z. B. der hysterisch-primitiven und der intriganten Gruppe nahestehen, und endlich solche, die nicht sicher auf reiner Erlebnisreaktion beruhen, sondern schizophrene und involutionsparanoische Einschläge vermuten lassen; wir haben dies andernorts schon erläutert. Es geht also weder der Hauptteil der Friedmannschen Fälle im sensitiven Beziehungswahn, noch umgekehrt der Kern des sensitiven Beziehungswahns im Rahmen des Friedmannschen Paranoiabegriffs auf. Während nur ein kleiner Teil der Friedmannschen Fälle sensitive Genese hat, paßt umgekehrt nur ein Teil unserer Fälle in das Friedmannsche Verlaufsschema der einfachen, zeitlich begrenzten Paranoia. Die Erscheinungsformen des akuten sensitiven Wahnsinns und der sekundären Beziehungsneurosen, die rezidivierenden Typen und die außerordentliche Mannigfaltigkeit der Verlaufsdauer und der Intensitätskurven,

also eine große Menge wichtiger klinischer Eigentümlichkeiten des sensitiven Beziehungswahns, liegen außerhalb des Gesichtskreises der Friedmannschen Betrachtung, eben weil sie sich eng an die ältere Kräpelinsche Paranoialehre im Sinne schlichter kombinatorischer Wahnsystembildung anlehnt. Abgesehen von dem großen Verdienst, das die Friedmannsche Arbeit zur Zeit ihrer Entstehung dadurch hatte, daß sie zum erstenmal das Problem der leichteren psychopathisch-reaktiven Wahnbildungen mit klarem Blick in Angriff nahm, hat sie auch heute noch als wertvolle Materialsammlung ihre Bedeutsamkeit. Wenn aber, wie dies seither öfters geschah, die recht verschiedenartigen Friedmannschen Fälle auch weiterhin (entgegen dem Sinn ihres Autors) als einheitliche Gruppe, als in sich geschlossener Krankheitstypus aufgefaßt werden sollten, so müßte dieser oberflächlich symptomatischen Betrachtungsweise entschieden entgegengetreten werden. Nur die vertiefte Erforschung spezifischer Charakter- und Erlebniszusammenhänge kann auf diesem Gebiet von der provisorischen zur endgültigen Gruppenbildung führen.

Ausführlicher muß hier auf das von Gaupp beschriebene und als abortive Paranoia bezeichnete Krankheitsbild eingegangen werden; und zwar hauptsächlich deshalb, weil die der Schilderung Gaupps zugrunde liegenden Krankenblätter bisher nicht veröffentlicht sind. Die im Jahr 1917[1]) aufgenommenen Katamnesen haben über Wesen und weiteren Verlauf der Fälle noch näheren Aufschluß gegeben. Es handelte sich in der Hauptsache um vier, sämtlich im Jahr 1909 in der Tübinger Klinik aufgenommene Fälle, auf die Gaupp seine erste Schilderung aufbaute. Einer davon, der Buchhalter Knecht, wurde in dem Kapitel über die habituellen Beziehungsneurosen schon behandelt. Wegen der Verlaufsform, die in einem Zeitraum von insgesamt 18 Jahren keinerlei Neigung zur Progression zeigt, vielmehr unter dem Bilde einer über größere Lebensabschnitte verfolgbaren konstitutionellen Charakterabnormität mit vorübergehenden reaktiven Steigerungen erscheint, glaubte ich diesem Fall im Rahmen der vorliegenden Arbeit eine gewisse Sonderstellung einräumen zu sollen, wobei allerdings die Frage offen gelassen wurde, ob dem habituellen oder dem reaktiven Moment die vorwiegende Bedeutung zukam. Die anderen drei Fälle sollen hier besprochen werden.

Fall 16. Eugen W., geb. 29. VI. 1878, Messerschmied. Ein Neffe des Vaters in Irrenanstalt, sonst keine hereditäre Belastung. Von Jugend auf gesund, lustiges, lebhaftes Kind, „Schlingel". Immer etwas mißtrauisch auch gegen Freunde, habe gern Nachteiliges über Kameraden geredet. Dabei aber gutherzig, weichmütig, mitleidig. Nicht schüchtern, auch gegen Mädchen nicht. In der Schule faul, trotzdem mittlerer Schüler. Späterhin fleißig, guter Soldat, brauchbarer Geschäftsmann in der väterlichen Fabrik.

Masturbierte mit 16 Jahren (1894), erst häufig, später, nachdem er Dr. Retaus „Selbstbewahrung" gelesen hatte und „die Gefahren kannte", weniger. Besuchte mit 17 Jahren ein Bordell, hatte darauf einige Tage lang Gewissensbisse. Wegen leichter Genitalbeschwerden glaubte er geschlechtskrank zu sein, ließ sich's vom Arzt nicht ausreden, daß es Lues wäre. Wurde damals etwa

[1]) Mit freundlicher Unterstützung von Herrn Professor Dr. Gaupp.

3/4 Jahre lang gedrückt und niedergeschlagen, machte sich Vorwürfe, quälte sich mit hypochondrischer Angst, konnte nicht recht mehr schlafen, weinte oft nachts. Er glaubte, die allerschlimmste Krankheit zu haben, und hatte vor, sich zu erschießen, wenn die Syphilis zum Ausbruch käme. Er war still, grüblerisch und mußte sich in Gesellschaft Zwang antun, lustig zu sein. Allmählich von selbst Besserung. Plagte sich aber doch noch bis zur Militärzeit öfters mit seiner Einbildung, glaubte spannenden Druck im Kopf und Gedächtnisabnahme wahrzunehmen.

1898—1900 Soldat. Wegen Unaufmerksamkeit im Dienst und Wachvergehen nicht zum Gefreiten befördert. Sonst tüchtig. Das Militär hat ihn vollends aus seiner Hypochondrie „herausgerissen". Wurde ein lustiger Kamerad, Spaßvogel, hieß bei der Kompagnie „der Herr Professor" oder „der Komiker". — Die Einbildung einer Geschlechtskrankheit hatte er verloren.

1901—1904 wiederum nervös. Kopfbeschwerden, Schwindelgefühl, einmal beinahe umgefallen. Er fing wieder an zu masturbieren, machte sich deshalb Vorwürfe. „Traute sich selbst nicht mehr", beobachtete sich, glaubte sich schon „halb übergeschnappt", fürchtete geisteskrank zu werden. Bekam dann wieder Lebensmut, sprach sich zu, „schaffte sich heraus", war tätig und unauffällig.

Die geistige Erkrankung begann nach dem Urteil der Eltern im Herbst 1905. Er äußerte das Gefühl, als ob die Leute ihm gegenüber verändert wären. Man bemerkte ohne Grund an ihm ein ängstliches, weinerliches Wesen, wie es früher nicht seine Art gewesen war. Der Vater kam ihm verändert vor, machte sonderbare Augen. Pat. glaubte, daß die Angehörigen den Vater geärgert hätten. Er sagte zum Vater, dieser brauche sich nicht zu fürchten; behauptete, dieser schrecke zusammen, wenn er ins Kontor trete. Pat. war entschieden aufgeregt.

Frühjahr 1906 durch dreimonatigen Sanatoriumsaufenthalt beruhigt. Doch seither dauernd von der Familie als krank behandelt. Mißtrauisch, hatte Streit mit der ganzen Familie, wenn auch nicht mehr so schlimm wie vorher. Wollte nicht gemeinsam essen. Bezog das Lachen anderer auf sich. Sagte zum Vater: „Du brauchst keine Angst zu haben, daß ich dich aus dem Geschäft verdränge." Zeitweise Krankheitseinsicht, genierte sich, so „dumm" gewesen zu sein, er habe „gesponnen".

Nach verhältnismäßig ruhiger Zeit im Herbst 1908 wieder Verschlimmerung um Neujahr 1909. Am Erscheinungsfest (6. Januar) glaubte er den Bruder eines Freundes in der Wirtschaft in einiger Entfernung flüstern zu hören: „Das ist ein Eulenburger" (tatsächlich war offenbar nichts derart gesprochen worden). Dieser Freund hatte in früheren Zeiten, öfters, wenn er betrunken war, zu dem und jenem Kameraden den Ausspruch getan: „Du bist ein Eulenburger", was ihm Pat. als eine unanständige Redensart verwies. Seit Januar 1909 nun glaubte Pat., der Bruder hätte ihm mit dem vermeintlichen Flüstern die Ansicht jenes Freundes „zugetragen", daß er homosexuell sei. Er bemerkte, daß das Gerücht an Ausdehnung gewann. Man lachte über ihn, man verkehrte nicht mehr mit ihm. Schon am Tag nach dem Erscheinungsfest stellte er den Freund und dessen Bruder zur Rede, die ihm erstaunt entgegneten: „Was fällt dir ein, du bist im Kopf nicht recht." Auch andere Leute suchte er auf, von denen er Anzüglichkeiten zu hören meinte. Er wanderte zu Gerichten und Land-

jägern und verlangte, daß man Strafantrag gegen ihn stelle, damit er seine Unschuld beweisen könne. Einige Leute arbeiteten, wie er meinte, gegen ihn, die ihn zugrunde richten wollten. Der Vater verhinderte ihn mit Mühe an einem Prozeß. Er war im folgenden halben Jahr sehr unruhig, zunehmend rastlos, wollte nicht mehr ins Geschäft. Er „kombinierte" aus den Reden, die er hörte. Bei seiner ständigen „kolossalen Aufregung" sah er manchmal Gestalten, wie Schatten, die, wenn er sich umblickte, nicht mehr da waren.

31. Juli bis 23. September 1909 Aufnahme in der Tübinger Klinik. Körperlich kein nennenswerter Befund. Benehmen des Pat. ganz von der Idee beherrscht, daß man ihn für homosexuell halte. Stimmung gedrückt, ängstlich, besorgt; sieht kaum auf; mißtrauisch und scheu. Faßt aber dann Mut, ist weiterhin gegen den Arzt zutraulich, offen, zugänglich, zuspruchsbedürftig. Ist sehr erleichtert, wenn er dem Arzt seine Leidensgeschichte erzählen kann. Gewissenhaft, gemütsweich, gerät bei der Erzählung der ihm angeblich zugefügten Ungerechtigkeiten leicht ins Weinen, leidet seelisch sehr unter den Anfeindungen. Wo er sich gekannt glaubt, immer im Zweifel über die Richtigkeit seiner Handlungen, will sich keine Blöße geben, verliert dadurch alle Sicherheit des Auftretens, wird scheu und verlegen. Allein in freier Natur fühlt er sich am wohlsten, vergißt sich, ist fröhlich, singt und pfeift.

Keine Sinnestäuschungen, keine Beeinflussungsideen. Der krankhafte Vorstellungsinhalt besteht ausschließlich in einem intensiven Beziehungswahn, der den Verdacht der Homosexualität zum Gegenstand hat, jedoch ohne klares Verfolgungssystem. Mißdeutet beständig Mienenspiel und Äußerungen seiner Umgebung, findet Anspielungen. Besonders beobachten ihn die Pfleger der Klinik. Er darf nicht lachen, niemand berühren, gleich wird ihm alles als unsittlicher Annäherungsversuch gedeutet. Überall lauern Fallen, überall stellt man ihn auf die Probe. Hat nie volle Krankheitseinsicht; kann durch Versicherung des Arztes zwar vorübergehend beruhigt werden, ignoriert dann lachend die „Fallen", sie seien zu plump; für Fallen hält er sie aber trotzdem. Ist er durch frische Beobachtungen erregt, so ist er der ärztlichen Beweisführung kaum zugänglich.

In den ersten Tagen in der Klinik deutliche Beruhigung, wird nicht mehr so auffällig angesehen, ist froh darüber. Teilt ärztlicher Anordnung entsprechend jede verdächtige Beobachtung offen dem Arzt mit. Weiterhin wieder Verstärkung der krankhaften Erscheinungen. Stimmung und Beziehungswahn schwanken gleichsinnig ohne besondere äußerliche Ursachen. Manchmal wird er der Beziehungsideen ordentlich Herr, manchmal unterliegt er ihnen wieder. Er ist dann ganz hilflos, weint und schluchzt und klagt, daß er, der doch nichts Böses getan habe, vor der ganzen Welt als Lump dastehen müßte. Er hat, wie er erzählt, die Eulenburgaffäre zwar seinerzeit verfolgt, sich aber nicht näher dafür interessiert, sich an den Debatten darüber wenig beteiligt und nur eben gelegentlich gesagt, das sei eine Schweinerei. — Hauptsächlich mißtraut er uniformierten Menschen, wie Postillionen, Briefträgern, Schutzleuten, Hoteldienern, Pflegern und fremden klinischen Ärzten. Hat das Gefühl, als ob diese es besonders auf ihn abgesehen hätten, wird bei entsprechenden Begegnungen (er hat freien Ausgang) sehr befangen und so aufgeregt, daß er

sich nachher schlecht mehr erinnern kann; ganz „rappelig". Er fragt, ob es nicht eine wissenschaftliche Probe auf Homosexualität gebe, damit er seine Unschuld öffentlich erweisen könne. — Immer sehr rücksichtsvoll. Als er einer Dame eine Zeitlang von ferne bei der Arbeit zugesehen hatte und diese rasch weggegangen war, konnte er sich tagelang nicht beruhigen, war sehr betrübt, machte sich Vorwürfe hierüber, dachte, sie könnte ihn für einen aufdringlichen Menschen halten, sie werde es ihm doch nicht übel nehmen, fragte den Arzt, ob er sich nicht entschuldigen solle.

Gegen Schluß der Behandlung fühlte er sich wieder etwas freier, konnte besser geistig arbeiten. Anfangs hatte er fast nichts behalten, sich nicht recht konzentrieren können, hatte sich im Kopf sehr müde gefühlt und auch schlecht geschlafen. Die Stimmung war bis zum Ende sehr schwankend, nie ganz glücklich, doch zuweilen zufrieden und so, daß er sich freuen konnte und nicht an seine Krankheit dachte; dann aber wieder erregt, ängstlich, geärgert und bis zum Lebensüberdruß verzweifelt.

Katamnese 1917: In den ersten Jahren nach der Entlassung ging es recht ordentlich, Pat. beschäftigte sich nützlich in der väterlichen Fabrik. Er zeigte aber ein außerordentlich schüchternes Benehmen, sprach auch mit den Eltern sehr wenig. Seine Zeit teilte sich zwischen Berufsarbeit und einsame Spaziergänge. Daneben las er Zeitung, lernte Italienisch. Sonntags besuchte er späterhin zuweilen eine Wirtschaft, schloß sich aber an niemand mehr an. Annäherungsversuche seiner früheren Freunde lehnte er ab, zeigte ein konsequentes Mißtrauen gegen sie wie gegen die anderen Nebenmenschen. Bei den geringsten Anlässen regte er sich so auf, daß die Eltern um ihn fürchteten.

Frühjahr 1914 trat weitere Verschlimmerung ein. Er lief oft von der Arbeit weg und benahm sich besonders auf sexuellem Gebiet sehr auffällig und gefährlich. Er griff seine eigene Schwester an, so daß sie flüchten mußte, war sexuell sehr erregt, belästigte besonders Kinder. Auf Vorhalt antwortete er, er werde animiert; „ihr wißt so gut wie ich, daß ich dies tun muß"; „man verlangt das von mir". Er wurde in die Heilanstalt Z. verbracht, wo er sich nun seit 3 Jahren befindet. Sein jetziger psychischer Zustand wird gut durch einige Briefe beleuchtet, die der Vater zur Einsicht übersendet mit der Bemerkung, daß auch alle anderen im selben Stil geschrieben seien. Anfangs schrieb er nur italienisch, und erst seit dem Eintritt Italiens in den Krieg ließ er sich von den Angehörigen bewegen, deutsch zu schreiben. Hier eine kurze Probe aus einem Danksagungsbrief vom 24. VI. 1917:

„Da ich kommende Woche am 29. Juni meinen Geburtstag feire, so betrachte ich diese Zusendung als eine kleine Aufmerksamkeit diesbezüglich außer Ihr hättet mir für den Tag selbst noch eine spezielle Überraschung zugedacht, sind es doch nun volle drei Jahre daß sich die Wiederholung des für mich so bedeutenden Tages hier jährt an den sich historisch weltpolitisch ungeheuer einschneidende Ereignisse zutrugen und da aber große Ereignisse ihre Schatten vorauswerfen und kein Unglück so groß ist daß es nicht auch für andere sein Glück im Schoße birgt so kann auch ich mit dem Facit des verflossenen Zeitabschnitts mich zufrieden geben denn die appetitlüsternen Hyänen umheulen keine Toten umlocken keinen einfältigen Gimpel sondern auf Schlag folgt wohlberechnet mutig Gegenschlag was einem Ritter ohne Furcht und Tadel ermöglicht" usw.

In diesem Stil sind alle Briefe von Anfang bis zu Ende gehalten: schwülstig gezierte Ausdrucksweise mit vielen mythologischen und poetischen Anspielungen, Fehlen fast aller Interpunktionen, stilistisch unscharfes Hinübergleiten von einem Satz zum anderen, öfters auch, wie oben, verwaschener Gedankengang, Vermengung nicht zusammengehöriger Gedankenreihen; pathetische Deklamation ohne herzlichere Gefühlstöne. Zeitereignisse, Naturbegebenheiten und Familienverhältnisse bilden den hauptsächlichen Inhalt; Wahnideen spielen keine Rolle.

Ein zweiter von den Gauppschen Fällen ist dem soeben geschilderten fast photographisch ähnlich:

Fall 17. Kaufmann H., geboren 1878, von Jugend auf ein stiller, solider, sehr weichmütiger Mensch von ausgesprochener Nervosität und psychischer Erregbarkeit, fühlt sich in der Pubertätszeit durch Pollutionen stark hypochondrisch beunruhigt, konsultiert weiterhin die Ärzte wegen nervöser Herzbeschwerden. Im Sommer 1908 bei geschäftlichen Schwierigkeiten und nicht ganz glücklicher Verlobung stark erregt: Herzbeklemmung, hysterische Weinkrämpfe. Weiterhin Kopfdruck, Gedächtnisschwäche, Furcht vor Geisteskrankheit. Im Sanatorium Herbst 1908 Vergiftungsideen, Nahrungsverweigerung, Fremdheitsgefühle, diffuser Beziehungswahn, besonders durch Tischgespräche über die Eulenburgaffäre, genau wie bei W. bestimmt. Daneben aber in der Tübinger Klinik (Januar bis Oktober 1909) noch andere Beziehungsideen ohne gemeinsamen Zusammenhang. Man hält ihn für einen Trinker, man spielt auf seine Braut an u. dgl. Außerdem körperliche Sensationen, merkwürdige Beobachtungen an seinem Genitale, sonderbare Handlungen (triebhaftes Hinaufsteigen an dreistöckigem Baugerüst). Im übrigen das von Gaupp (s. 1. Kap.) geschilderte weiche, arztbedürftige, beeinflußbare Wesen, bei depressiv-ängstlicher, hypochondrischer Gemütslage, zeitweiser Erregung und Suicidneigung. — Leider konnte von diesem Fall eine Katamnese nicht gewonnen werden. Gaupp selbst hat seinerzeit progressiven Verlauf vermutet. Man wird deshalb mit großer Wahrscheinlichkeit annehmen, daß die weitere Entwicklung der Psychose zum mindesten nicht günstiger, als bei W. sich gestaltet hat.

Der Fall des Messerschmieds W. soll bei seiner guten katamnestischen Übersehbarkeit als Paradigma für den Gauppschen Krankheitstypus dienen. Ich verweise, was die allgemeine Eigenart dieser Fälle betrifft, auf die im ersten Kapitel wiedergegebene Schilderung der Originalarbeit Gaupps. Hier interessiert uns nur die Differentialdiagnose zwischen ihnen und unserem Krankheitsbild, dem sensitiven Beziehungswahn. Um gleich auf den wichtigsten Punkt zu kommen: wie richtig Gaupp selbst — im Gegensatz zu anderweitiger Vermengung seiner mit der Friedmannschen Schilderung — seine Fälle beurteilt hat, indem er dem Erlebnis nicht die ausschlaggebende Bedeutung im Krankheitsbild zuwies und sie somit, trotz dem auffallenden Hinüberwirken charakterologischer Eigentümlichkeiten in die Psychose, nicht zu psychopathischen Reaktionen stempelte — hat der weitere Verlauf unwiderleglich bewiesen. Ebenso, wie unsere sensitiven Fälle Reaktionen und Entwicklungen

sind, ebenso sicher stellen die Gauppschen Fälle Prozesse dar, Prozesse, die ganz schleichend, wie Gaupp sagt, mit unmerklichem Übergang, ohne scharf erkennbare Grenze aus der Normalpersönlichkeit und ihren Reaktionen in die Krankheit hinüberleiten, die aber, wie der Fall W., durch den Endausgang in unbegreifliche impulsive Handlungen, in Manieriertheit und leichte schizophrene Denkstörung ihre Prozeßnatur verraten. Es ist interessant, zu sehen, wie bei W., entsprechend der aus dem charakterologischen Verhalten geschöpften Vermutung Gaupps, tatsächlich trotz der Denkstörung die „egoistische Verödung" bisher ausgeblieben ist, sofern seine Briefe nichts von autistischer Einkapselung in innerliche, wahnhafte Erlebnisse verraten, vielmehr sich lebhaft und regelmäßig mit der normalen Außenwelt beschäftigen. Beim Kaufmann H. treten schizophrenieverdächtige Symptome (triebhafte Handlungen, sonderbare Genitalsensationen, mangelnde innere Einheitlichkeit des Wahninhalts) schon während des Tübinger Aufenthalts deutlicher hervor. Den dritten Fall, der ebenfalls, wie es scheint, eine dauernd ungünstige Wendung genommen hat, werden wir unten besprechen; er bietet zur Zeit das Bild einer ziemlich stabilen paraphrenen Wahnpsychose.

Was die Nomenklatur betrifft, so ist die Bezeichnung „Paranoia" von Gaupp zu einer Zeit gewählt worden, wo aus dem Kräpelinschen Paranoiabegriff das Prozeßartige noch nicht völlig ausgeschieden war, und wo zudem auch der Prozeßcharakter der Fälle noch nicht sicher feststand. Zur Vermeidung von Mißverständnissen scheint, dies zu betonen, wichtig. Nach dem heutigen Kräpelin-Bleulerschen Sprachgebrauch, den wir der Einfachheit halber hier zugrunde legen wollen, würde man die Fälle bezeichnen als milde Paraphrenien oder Schizophrenien von sehr schleichendem Verlauf und eigenartiger charakterologischer Ausprägung. Damit ist der fundamentale Unterschied zwischen den Gauppschen und unseren Fällen klar ausgedrückt. Der Ausdruck „abortiv" bezog sich, wie aus Gaupps eigener Schilderung hervorgeht, nicht in erster Linie auf den Endausgang, als vielmehr auf das Symptombild mit seinem charakteristischen Fluktuieren und der im Vergleich zur Paranoia geringen Festigkeit der Wahnideen.

Ist nun — dies ist die wichtige praktische Frage — abgesehen von dem Endausgang, eine Differentialdiagnose zwischen dem Gauppschen Krankheitstypus und dem sensitiven Beziehungswahn schon in den früheren Stadien der Erkrankung möglich? Ganz gewiß. Wir können den Verlauf der seelischen Veränderungen bei W. in zwei Perioden einteilen. Die erste Periode, von 1894—1905 dauernd, ist durch eine eigentümlich wechselnde Nervosität und gemütliche Unausgeglichenheit gekennzeichnet, die zweite Periode, mit dem deutlichen Manifestwerden geistiger Störungen im Herbst 1905 einsetzend, umfaßt von 1905—1917 die eigentliche Psychose.

Nun ist klar, daß im ersten Stadium mangels faßbarer psychiatrischer Symptome die Diagnose wahrscheinlich nur mit Vorsicht hätte gestellt werden können. Wir sehen eine Charakteranlage, die zwar durchaus nicht völlig unserem sensitiven Charakterschema entspricht (es fehlen die ausgesprochen ethische Gedankenrichtung, die Strebsamkeit, die Schüchternheit im geselligen Verkehr), aber doch mit ihren psychasthenisch-skrupulösen Zügen stark daran anklingt; wir sehen, ähnlich wie bei den Sensitivneurotikern, wie in zeitlichem Zusammen-

hang mit Masturbation und sexuellen Befürchtungen seelische Schwankungen auftreten, die ebenfalls eine gewisse psychologische Reaktivität des Verlaufs (z. B. Besserung durch Militärdienst) erkennen lassen. Schon hier fällt aber auf, daß das ethische Moment moralischer Selbstquälerei, das geradezu die Seele der Sensitivneurosen bildet, bei W. ganz zurücktritt. Sehr charakteristisch heißt es im Krankenblatt nach der vermeintlichen Infektion: „Hatte darauf einige Tage lang Gewissensbisse"; der Sensitivneurotiker hat Gewissensbisse bis zum letzten Tag seiner Neurose, die ganze Neurose ist darauf aufgebaut. Die Gemütsverstimmung bei W. ist deutlich vorwiegend von der äußeren Angst vor Syphilis beherrscht, nur die hypochondrische Komponente der Sexualneuropathien kommt bei ihm stärker zum Anklingen. Auch bei dem zweiten nervösen Schub, bei dem übrigens die Masturbation schon nicht mehr deutlich der primäre Ausgangspunkt ist, steht die Furcht vor den gesundheitlichen Folgen im Vordergrund. — Man hätte also in dem Zeitraum bis 1905 jedenfalls mit Sicherheit sagen können, daß es sich nicht vorwiegend um eine reine Sensitivneurose handle. Die andere Frage allerdings, ob es sich überhaupt noch um einfache Nervosität oder schon um das erste Wetterleuchten der heraufziehenden Psychose handle, ist in solchen Fällen oft unlösbar.

Von 1905, also vom Beginn der eigentlichen Psychose an, aber kann man das Vorliegen eines sensitiven Beziehungswahns mit zunehmender Sicherheit ausschließen. Die gemütliche Weichheit, Bescheidenheit, Arztbedürftigkeit und eine, wenn auch weniger weitgehende psychotherapeutische Beeinflußbarkeit von Wahnideen gibt zwar dem Gaupp schen Krankheitsbilde manche entschiedene Ähnlichkeit mit dem unsrigen. Es fehlt ihm aber bei seiner Prozeßnatur an entscheidenden Punkten die echte psychologische Reaktivität, es fehlt die durchgängige Erlebniszentrierung und es fehlt vor allem die für den sensitiven Beziehungswahn ganz unerläßliche affektive Erlebniseinstellung im Sinne der beschämenden ethischen Insuffizienz als tragende Grundlage des ganzen Krankheitsbildes. Die Psychose beginnt bei W. nicht als Erlebnisreaktion, sondern in der charakteristischen Art der Prozesse mit diffuser, unmotivierter Verstimmung und Fremdheitsgefühlen. Erst nach Jahren gibt ein selbst wahnhaftes Scheinerlebnis („das ist ein Eulenburger") den Anstoß zu vorübergehender Zentrierung des Wahns. Es ist bezeichnend, daß die Eulenburgaffäre für den Patienten, wie er ausdrücklich versichert, von Hause aus eine affektiv ganz untergeordnete Bedeutung gehabt hat, daß also diese scheinbar ähnliche sexualethische Vorstellungsgruppe im Gegensatz zum Sensitivwahn hier kein ursächlich auslösendes, sondern nur inhaltgebendes Erlebnis darstellt. Und endlich ist die ethische Erlebniseinstellung derjenigen unseres Krankheitsbildes direkt entgegengesetzt. Während bei diesem das Gefühl der eigenen Schuld geradezu den Nährboden der Psychose darstellt, ist W. im Gegenteil fest von seiner Schuldlosigkeit überzeugt und sucht sie auf jede Art öffentlich zu erweisen.

In der hier an einem Einzelfall skizzierten Art dürften sich die meisten schleichenden Wahnprozesse von charakterologisch sensitiver Färbung, also von dem von Gaupp umschriebenen Krankheitstyp, gegenüber dem sensitiven Beziehungswahn wohl differenzieren lassen. Ich habe unter dem ganzen einschlägigen Material nur einen Fall gefunden, der ernstliche differentialdiagnostische Schwierig-

keiten macht, den letzten der Gauppschen Fälle, den ich hier sogleich wiedergebe.

Fall 18. Kaufmann A. J., geboren 24. Oktober 1866. Mehrfach zirkuläre Familienanamnese. Grundcharakter des Pat.: weichmütig, erregbar, sehr pünktlich und gewissenhaft, immer mißtrauisch, traute anderen leicht etwas Schlechtes zu, neigte zu Heimweh. Von Jugend auf Kopfschmerzen und aufgeregtes Wesen, seit 1888 verschlimmert, Depression, Angstanfälle, Reizbarkeit, damaliges ärztliches Urteil: „sehr nervös". Einzelne Zwangsvorstellungen: Zwangsangst vor Eisenbahn, vor Fall vom Stuhl. 1900—1904 mehrfacher Ehebruch der geisteskranken Frau, was den Pat. gemütlich stark mitnahm. Nach deren Unterbringung in Heilanstalt 1904 wie von Alp befreit. Fing, wie sie weg war, 1904 Verkehr mit Dirnen an, fühlte sich daraufhin „moralisch gesunken", hatte böses Gewissen. 1906 fühlte er sich auf Geschäftsreise im Wirtshaus von anderen Gästen fixiert, sie sahen ihn so eigenartig an, er fühlte sich innerlich beunruhigt und erregt. Er vermutete nachher, es seien von seiner Frau ausgehende Detektivs gewesen, die ihn auf unerlaubtem Verkehr ertappen sollten. Auch in nächster Zeit zuweilen Beziehungsgefühl und unklare Verfolgungsideen. 1908 bei nächtlichem Spaziergang mit einer Dirne wurde diese von der Polizei angehalten, ihm selbst geschah nichts. Seither glaubte er sich von der Polizei verfolgt, von Detektivs beobachtet, fühlte sich unter ständiger polizeilicher Kontrolle, die ihn auf Untreue gegen seine Frau ertappen sollte. Zeitweise intensiver Beobachtungswahn, Seelenangst, schlechter Schlaf. Freiwillig in die Tübinger Klinik 1. Juni bis 22. Juli 1909. Hier unruhig, ängstlich, Gewissensbisse wegen außerehelichen Verkehrs. Angst vor Ansteckung, dabei sexuell erregt. Selbstquälerei, psychasthenische Klagen. Schwankendes Krankheitsgefühl. Sehr gewissenhaft, besorgt um seine Familie, gar nicht egoistisch, „skrupulös wie ein Zwangsvorstellungskranker". Vorübergehende Besserung in der Klinik. Doch weiterhin die mit Gewissensbissen verbundenen Verfolgungsideen nicht mehr losgeworden.

Seit 1910 dauernd in Heilanstalten. Februar 1910 war nach dem durch Selbstmord erfolgten Tode seiner Frau entschiedene Verschlimmerung eingetreten. Innere Angst und Unruhe wuchs. Benahm sich beim Begräbnis eigenartig, glaubte, die Leidtragenden lachten über ihn. Sofort im Anschluß setzte sich bei ihm der Gedanke fest, die Frau sei nicht wirklich gestorben, sondern lebe noch. Diese weiterhin vollkommen unumstößliche Idee ist seither dauernd der Mittelpunkt seines Wahnsystems geblieben. Anfangs gingen gleichzeitig damit die alten Beziehungsideen einher, die seine ehelichen Verfehlungen zum Inhalt hatten. Auch der „scheinbare" Tod seiner Frau schien ihm anfangs im Lichte seiner Untreue — als Strafe, als absichtliche Ängstigung — zu stehen. In den späteren Jahren seines Anstaltsaufenthalts wich das Schuldgefühl und die ängstliche Unsicherheit einem verschlossenen, ablehnenden Wesen mit innerlich fester Zuversicht in das Weiterleben seiner Frau. Hat sich ganz in die Welt seines Wahns eingesponnen, Verkehr mit Angehörigen und Mitpatienten abgebrochen, spricht nicht beim Essen, sitzt grübelnd, beschäftigungslos auf seinem Zimmer. Scheu, verschlossen, einsilbig, zuweilen auch ängstlich verzagt. Verlangt viel Kleider

und Wäsche. Kümmert sich nicht um die Außenwelt, glaubt nicht, daß Krieg ist. „Steckt voll von Wahnvorstellungen". Seine Frau wird bald in der Anstalt versteckt gehalten, bald führt sie daheim die Haushaltung. Er hat sie zum Fenster des Frauenbaus herausschauen sehen, sieht sie in der Kirche im Chor der Schwestern mitsingen, hört ihre Stimme heraus. Seinen Sohn hat man hinter seinem Rücken in eine andere Schule versetzt. Glaubt sich auf Schritt und Tritt beobachtet. Man schlägt seinetwegen die Türen zu, verfolgt und schikaniert ihn. Er ist wie Christus, der sein Kreuz tragen muß. Viel hypochondrische Ideen, ißt kein Fleisch, nimmt keine Medikamente, glaubt Rückenmarksschwindsucht zu haben, trägt schwarze Brille. Absolut feste Fixation der Ideen; korrigiert niemals. Stets klar und genau orientiert. Keine Halluzinationen. Nichts Katatonisches. Grobe Gesellschaftsfähigkeit ist erhalten.

Hier haben wir den merkwürdigen Fall vor uns, daß eine Psychose (von kleineren Abweichungen abgesehen) nach Charakter, Erlebnis und psychischer Reaktivität typisch als sensitiver Beziehungswahn beginnt (eheliche Untreue mit nachfolgender skrupulöser Eigenbeziehung), jahrelang als solcher verläuft, um dann plötzlich im Anschluß an ein zweites Erlebnis (den Tod der Frau) mit scharfer Wendung progressiv zu werden und sich nun in ganz unsensitiver Weise, mit veränderter Affektlage und verändertem Wahnsystem weiterzuentwickeln, bzw. in einen ziemlich stabilen Zustand auszumünden, der dem bekannten Bilde des ohne geistigen Zerfall, aber auch ohne jeden nutzbringenden Konnex mit der Umgebung, mißtrauisch und bitter in sein wahnhaftes Innenleben zurückgezogenen Anstaltsparanoikers entspricht.

Ich möchte hier sogleich auf die Parallele zum Querulantenwahn hinweisen, der uns zuweilen ganz analoge Überraschungen bereitet, indem Krankheitsbilder, die durch Jahre in der reinen Form der psychologischen Erlebnisreaktion verlaufen sind, nun, gerade auch z. B. unter Anstaltsinternierung, in ganz andere, nicht mehr so klar verständliche Gedankenrichtungen umbiegen. Man erinnere sich z. B. an den schönen Fall Buders, wo ein denkbar echter Querulantenwahn in der Anstalt in einen phantastischen religiösen Größenwahn übergeht. Wenn solche Beobachtungen bisher dem klinischen Psychiater statt willkommenster Anregung vielfach mehr Verlegenheit bereiten, so kommt hierin eine grundsätzliche Schwäche des „starren Systems" in der klinischen Psychiatrie zum Vorschein, das uns vielfach noch zwingt, Grenzen zu setzen, wo wir Beziehungen studieren sollten.

Wenn wir von der Möglichkeit eines manisch-depressiven Mischzustandes absehen, für den trotz der zirkulären Heredität keinerlei stichhaltige Anhaltspunkte sich erbringen lassen, so bleiben für die Deutung des Falles A. J. hauptsächlich zwei Möglichkeiten. Die nächstliegende, daß hier in irgendeinem Zeitpunkt ein paraphrener Prozeß eingesetzt hat, wurde oben bei der allgemeinen Besprechung der Gauppschen Fälle zugrunde gelegt. Die charakterologische Verhärtung und autistische Einspinnung, die sich bei J. in den letzten Jahren ausbildete, ist besonders geeignet, diese Auffassung zu stützen. Dann erhebt sich aber bei allen solchen Fällen (nicht nur im Gebiete des sensitiven Beziehungswahns) die Frage nach der Erklärung dieser eigenartigen Kombination zwischen anscheinend echter Reaktivpsychose und Prozeß. Denn für bloßen

Zufall sind solche Beobachtungen doch zu häufig. Die besonders gangbare Erklärung — um bei unserem speziellen Fall zu bleiben —, daß in der ganzen ersten Periode bis zum Tode der Frau nur scheinbar ein sensitiver Beziehungswahn vorgelegen hätte, indem ein äußerst schleichender Prozeß bei noch gut erhaltenem seelischem Zusammenhang sich unter der Maske psychologisch-reaktiver Ausdrucksformen jahrelang hätte vollständig verbergen können, diese Erklärung will nicht recht Stich halten, nachdem wir an den anderen Gauppschen Fällen gesehen haben, wie leicht sich doch, sobald einmal wirkliche Geisteskrankheit vorliegt, die Prozeßnatur durch Lücken in der psychologischen Verknüpfung, durch eingestreute, selbständig unmotivierte Gedanken- und Handlungsmomente und vor allem durch nicht mehr recht einfühlbare Gefühlstöne auf nebensächlichen Erlebnissen verrät.

Wenn wir aber nun beides, den sensitiven Beziehungswahn und die darauf folgende Paraphrenie als echt und gleichberechtigt anerkennen, so ist eine doppelte kausale Verknüpfung möglich. Beide können kausal hintereinandergeschaltet sein, indem die Reaktivpsychose das seelische Gleichgewicht bis zu einem Grade erschüttert, der die Entstehung eines Prozesses ermöglicht. Diese Lösung erscheint bei der großen Unabhängigkeit, die wenigstens die schizophrenen Prozesse gegen psychische Wirkungen zeigen, immerhin nur mit Vorbehalt erwägbar. Die andere Möglichkeit ist die der kausalen Nebeneinanderschaltung, indem dieselbe Konstitution eines Menschen nach ihrer psychologischen Seite hin zu reaktiv-psychopathischen Erkrankungen, nach ihrer biologischen Seite hin zu Prozessen disponieren könnte, so daß dann in einem bestimmten Lebensalter (z. B. Pubertät, Involution) der Prozeß unmerklich aus der vorherigen Charakterentwicklung herauszuwachsen begänne, so wie eine senile Demenz sozusagen mit innerlich gesetzmäßiger Kontinuität aus charakterologischen Altersveränderungen hervorwachsen kann. Diese Zusammenhänge zwischen „autochthon labiler" und „reaktiv labiler" Konstitution (um mich eines Kleistschen Ausdrucks zu bedienen) sind ebenso interessant, wie bisher wenig beforscht. Wie kommt es z. B., daß eine so exquisit sensitive Charakterentwicklung, wie die des Dichters Hölderlin in schwerster schizophrener Verblödung endigen mußte? Man kann den Gedanken nicht loswerden, daß die beängstigende Überzartheit seiner psychischen Konstitution in der ersten Lebensperiode mit ihrem verhängnisvollen Zerfall in der zweiten innerlich irgend etwas zu tun haben muß. Oder wie erklären sich die charakterologischen Verwandtschaften zwischen dem Querulanten und dem verfolgten Verfolger der Paraphrenia systematica — Dinge, die so lange die Klärung des Paranoiabegriffs hintanhielten? Dies sind Fragen, die hier nur gestellt werden können, deren Lösung weit über den Rahmen dieser Arbeit hinausfällt. Wir stimmen darin mit der Bleulerschen Schule grundsätzlich überein, daß es uns nicht zweckmäßig erscheint, jetzt schon an einer bestimmten Stelle mit dogmatischer Schärfe zwischen dem schizophrenen (bzw. paraphrenen) und dem Formkreis der psychopathischen Wahnbildung eine eherne Mauer aufzurichten, ehe nicht noch viel mehr psychologisch durchgearbeitetes Material auf diesem Grenzgebiete gesammelt ist. Hier kann nur die Erfahrung entscheiden. Eine apriorische Nötigung, überhaupt eine starre Grenze zu ziehen, besteht auch bei schärfster Fassung der Begriffe „Entwicklung" und „Prozeß" nicht. Die scharf

ablehnende Stellungnahme Kraepelins ist allerdings insofern verständlich, als alle Untersuchungen auf diesem Gebiete nur mit ernsthafter psychologischer Vertiefung und peinlichster begrifflicher Sauberkeit durchgeführt werden dürfen, wenn sie nicht Verwirrung stiften sollen.

Nachdem wir gewisse Beziehungen zwischen Charakter und psychopathischer Reaktion als eigentliche Hauptaufgabe dieser Abhandlung ausführlich erläutert hatten, mußten wir auch die Beziehungen zwischen Charakter und Prozeß an Hand des Gauppschen Krankheitsbildes aus differentialdiagnostischen Gründen wenigstens kurz berühren. Die Fragen, die Gaupp mit seiner Abhandlung stellt, sind, wohlbemerkt, zwei vollständig verschiedene. Die eine ist die: „Wie weit ist der prämorbide Charakter auch bei Prozessen für die formale Gestaltung des Krankheitsbildes von Bedeutung?" Diese Fragestellung, ein reines Problem der psychiatrischen Symptomatik, ist Gaupp mit Tiling gemeinsam. Sie hat auch für den praktischen Diagnostiker einen nicht zu unterschätzenden Wert. Die zweite Frage ist die: „In welchem Grad tragen bestimmte Charaktere die prognostische Möglichkeit einer Prozeßerkrankung in sich?" Dies ist eine interessante, erst an einzelnen Punkten (z. B. von Kraepelin hinsichtlich der jugendlichen Verschrobenheit und der Dementia praecox) in Angriff genommene Frage der psychiatrischen Ursachenlehre, die, wie wir gesehen haben, auch für den sensitiven Charakter ihre Bedeutung hat. Nicht aber eine Frage unmittelbarer Ursächlichkeit, wie sie zwischen Charakter und Reaktivpsychose besteht, sondern einer mittelbaren Ursächlichkeit, sofern gegenüber dem späteren Prozeß der prämorbide Charakter eben als Symptom der ihm zugrunde liegenden biologischen Konstitution von Bedeutung ist, die ihrerseits die unmittelbare Prozeßursache bildet.

Ebenso wie die Frage „Charakter und Prozeß" wird auch die Frage „Erlebnis und Prozeß" durch die Differentialdiagnose zwischen unserem und dem Gauppschen Krankheitsbilde aufgerührt. Auch sie ist grundsätzlich noch viel zu wenig wissenschaftlich in Angriff genommen, als daß wir sie für unser spezielles Gebiet vollständig lösen könnten, ohne dabei seinen Rahmen über Gebühr zu überschreiten. Das kritisch begrenzte Urteil der Züricher Schule, vor allem von Bleuler und Maier, verdient hier Beachtung. Jedenfalls haben diese Forscher das Verdienst, die Aufmerksamkeit auch außerhalb der psychoanalytischen Schule auf die feinere Psychologie schizophrener und paraphrener Vorstellungsinhalte, speziell auf die Mitwirkung von „Komplexen" oder „katathymen" Mechanismen bei deren formaler Genese hingelenkt zu haben. Bei den paranoiden Prozessen der Gauppschen Kranken — wenn wir uns auf die eindeutigen Fälle W. und H. beschränken — wird es jedenfalls der Beachtung nicht entgangen sein, daß die Erlebnisverarbeitung an diejenige der echten sensitiven Reaktionen immerhin anklingt. Es mag sein, daß die unmotivierte Überempfindlichkeit des W., die sich bei ihm während seiner Psychose für die Tagesgespräche über Eulenburg herausstellt, noch in lockerem psychologischem Zusammenhang mit der früheren, vorwiegend reaktiven Überwertung sexueller Vorstellungskreise steht. Jedenfalls ist bemerkenswert, daß er die einmal gefaßte Eulenburgidee nun gerade, ähnlich einem echten Sensitivpsychotiker, in einem gut zentrierten Beziehungswahn weiterverarbeitet. Auch bei H. beherrscht in ganz ähnlicher Weise der durch Tagesgespräche genährte Beziehungs-

wahn in auffallendem Grade die Symptomatik. Vor allem aber ist die überaus lebhafte psychologische Reaktivität in psychasthenisch-skrupulöser Richtung während des jahrelang hinziehenden Inkubationsstadiums der Krankheit, die Neigung zu katathymer Erlebnisverarbeitung besonders in der Richtung der Sexualhypochondrie geradezu ein Charakteristikum des Gauppschen Krankheitsbildes. Deshalb hat Gaupp die Bedeutung der Erlebniswirkungen in seiner Schilderung besonders hervorgehoben, aber ohne ihnen — weil es sich eben um Prozesse handelt — die erste Stelle einzuräumen.

Die zweite Deutungsmöglichkeit des Falles A. J. (außer der paraphrenen) sind wir dem Leser inzwischen schuldig geblieben, und zwar deshalb, weil sie uns zu dem **Verhältnis zwischen sensitivem Beziehungswahn und Paranoia** hinüberführt. Ich muß hier zunächst einen von mir neulich beobachteten Fall erwähnen, der anderweitig genauer veröffentlicht werden soll:

Fall 19. Ein Bauernsohn K. in abgelegenem Dorf zeigt von Jugend auf eine auffallende schüchtern-gutartige Weichherzigkeit neben den Zügen des eigensinnig grüblerischen Sonderlings. In jungen Jahren faßt er eine tiefe Liebe zu einem Mädchen, die wegen seiner tölpischen Einfalt von diesem zurückgewiesen wird. In unmittelbarem Ausfluß aus diesem Erlebnis bilden sich bei ihm zwei wahnhafte Vorstellungsreihen, die sich durch eine lange Reihe von Jahren bis zum heutigen Tag nebeneinander verfolgen lassen. Einmal verarbeitete er die Absage des Mädchens im Sinne der beschämenden Insuffizienz und bildete daraus einen typisch sensitiven Beziehungswahn, hat z. B. jahrelang statt seiner eigenen eine weit entfernte Pfarrkirche besucht, weil er glaubte, daß der Pfarrer daheim in Anzüglichkeiten gegen ihn predige. Andererseits lebt er seit der Verheiratung des Mädchens in dem hoffnungsvollen Wahn, daß sie ihre Ehe mit jenem anderen nur zum Schein durchführe und eines Tages noch kommen werde, um ihm selbst — er ist jetzt 42 Jahre alt, sie hat mehrere heranwachsende Kinder — ihre Hand zu gewähren; die Kinder, meint er, könnten ja in Wirklichkeit den im selben Haus wohnenden Verwandten gehören. Teils mit religiösen, einem intensiven Bibelstudium entnommenen Beweisgründen, teils aus einer stillen Verbitterung über sein mangelndes Eheglück entwickelte er die Auffassung, daß man ihn als Ledigen nicht zum Waffendienst zwingen dürfe. Die daraus entspringende Verweigerung des Militärdienstes führte ihn in meine militärärztliche Beobachtung. Es handelt sich um durchweg psychologisch einfühlbare seelische Zusammenhänge bei vollkommen intakter Persönlichkeit und ohne die mindesten Prozeßspuren trotz 17jähriger Krankheitsdauer.

In diesem Krankheitsbilde finden wir zwei, oder, wenn man so will, drei chronisch wahnhafte Vorgänge kombiniert: zunächst einen sensitiven Beziehungswahn, der die Verlaufsform der reaktiven Entwicklung hat (vgl. unsere frühere Definition), sofern er, von einem bestimmten Erlebnis ausgehend, sich nicht mehr bis zum Ausgangspunkt zurückbildet. Eine zweite, von demselben Erlebnis ausgehende reaktive Entwicklung hat vollkommen anderen psychologischen Charakter: sie bedeutet eine im engsten Wortsinn „katathyme" Wahn-

bildung, eine geradlinige paranoische Wunschpsychose, geradlinig im Gegensatz zum sensitiven Beziehungswahn, sofern ohne irgendwelche psychologische Umformung das, was das Herz innerlich begehrt, gefällig von dem Wahn realisiert wird. Während also der sensitive Beziehungswahn von der Gegenspannung unversöhnlicher gemütlicher Strebungen, von dem tragischen Konflikt zwischen Ideal und Wirklichkeit, von Reue und Verzweiflung lebt, ist die paranoische Wunschpsychose hoffnungsvoll, optimistisch, spannungslos, weil eben das erstrebte Ideal dem Wahne zur Wirklichkeit geworden ist. Sie gleicht in ihrer Geradlinigkeit der Kampfpsychose, die aber durch ihre Begründung in unlustiger Affektspannung wiederum charakteristisch von ihr verschieden ist. Die sensitive Verhaltungspsychose und die expansive Kampfpsychose leben vom Konflikt, jene vom inneren, ethisch verborgenen, diese vom äußeren, offenen, sozialen, beide können sich erst am Konflikt, d. h. am Erlebnis zu ihrer vollen Höhe entwickeln, beide sind also vorwiegend Reaktivpsychosen.

Anders die Wunschpsychose des, wenn man so will, kindlichen, euphorischen Träumers. Auch sie kann, wie wir soeben gesehen haben, reaktiv mit bestimmtem äußerem Beginn sich entwickeln, indem einem rauhen Erlebnis durch katathyme Umwandlung seine Spitze abgebrochen wird. Sie bedarf aber als die Psychose des innerlich weltabgewandten Sonderlings, dem Ideal und Wirklichkeit zusammenfallen, des Konfliktes nicht, sondern kann ebenso aus jugendlichen Märchenphantasien über Weltbeglückung, über Erfinder- und Prophetengröße, über himmlische Seligkeit, über die Liebe schöner Prinzessinnen und den verschollenen und wiedergefundenen Königssohn in das reife Lebensalter, unmerklich mit diesem sich festigend, hinüberwachsen. Sie stellt in diesem Fall den echtesten Typus einer Selbstentwicklung (s. o.) dar, die eine von Hause aus mißbildete Persönlichkeit, einfach durch die psychologischen Gesetze des zunehmenden Lebensalters, wenn man so will, ohne wesentlich bestimmende Erlebnisreize einschlägt. Diesen Typus der Wunschpsychose mit wahnhafter Selbstentwicklung hat Kraepelin aus dem innigst ineinander verflochtenen Netz der auf der Grundlage psychopathischer Persönlichkeit erwachsenden chronischen Wahnentwicklungen herausgegriffen — wenn auch nicht reinlich abgetrennt — und ihm vorzugsweise den Namen „Paranoia" gegeben. Weshalb dieser Versuch nicht eine endgültige Lösung, sondern nur eine, wenn auch konsequent entwickelte Durchgangsphase des Paranoiaproblems darstellen kann, soll sogleich gezeigt werden.

In unserem letztgenannten Fall K. finden wir in der Tat mit der sensitiven und der reaktiv katathymen Wahnbildung als dritten Sproß aus demselben Persönlichkeitsstamm auch die paranoische Selbstentwicklung in Gestalt religiöser Sektiererideen entspringen, die dann später mit den reaktiven Entwicklungsfäden zu dem gemeinsamen Resultat paranoischer Waffenverweigerung zusammenfließen.

Von diesem Fall aus gesehen rückt auch die Krankengeschichte des Kaufmanns A. J. noch in eine zweite Beleuchtungsmöglichkeit. Es könnte sich nämlich, wie bei unserem ledigen Bauernsohn, um eine Kombination von Sensitivwahn und Wunschpsychose, nur mit veränderter zeitlicher Anordnung, handeln: Zunächst ruft die eheliche Untreue gegen die Frau bei dem sehr weichen, ge-

wissenhaften Mann einen sensitiven Beziehungswahn hervor, der jahrelang allein die Szene beherrscht. Nun erfolgt 1910 mit dem Selbstmord der Frau eine plötzliche, erschütternde Wendung im Erlebnishintergrund der Psychose. Die Frau behält zwar ihre beherrschende Rolle im Gemütsleben des Mannes bei. Aber während nun Gewissensbisse und sensitive Verfolgungsangst, durch ihren Tod gegenstandslos geworden, allmählich in den Hintergrund treten, kommt nun mit diesem Ereignis die durch die zerrütteten Eheverhältnisse lange verwirrte Liebe zu ihr und die Sehnsucht nach ihr in ganz verständlicher Weise heftig zum Durchbruch, und gleichzeitig mit diesem jähen Affektumschwung eine entsprechende Wendung des Wahnsystems von der sensitiven Gewissensangst gegen die Lebende zu der Wunscherfüllungspsychose, die der Gestalt der Toten ein verklärtes Weiterleben gönnt. Allerdings ist dieses zweite Wahnsystem noch durch die der ersten Periode entstammenden hypochondrischen und Verfolgungsideen mitgefärbt.

Diese zweite Deutung des Falles hat vor der immerhin etwas schwierigeren Annahme einer hinzugekommenen Paraphrenie die Möglichkeit einer einheitlichen Erklärung des gesamten Krankheitsverlaufs auf psychologisch reaktiver Grundlage als entschiedenen Vorzug voraus; sie wird zudem durch die Tatsache gestützt, daß die Wendung von der ersten zur zweiten, nicht mehr sensitiv erklärbaren Krankheitsperiode eben ausgesprochen reaktiv im Anschluß an den Tod der Frau erfolgt. Die autistischen Sonderbarkeiten des Pat. in seiner neuerlichen Lebensführung sind dagegen kein sicherer Gegenbeweis, wenn man bedenkt, wie sehr langdauernder Anstaltsaufenthalt, ähnlich wie die Haft, auf psychologischem Weg, ohne Prozeß ein Seelenleben verkrüppeln kann. Eine Klärung solcher Fälle vermag in erster Linie der Anstaltspsychiater zu geben. Es ließen sich von dieser Seite, bezüglich der psychischen Anstaltswirkungen auf dem Gebiet der Wahnbildung, wohl ähnlich interessante Aufschlüsse, wie durch die Erforschung der Haftpsychosen, gerade auch zur Abgrenzung zwischen Paraphrenie und Paranoia, erwarten.

Damit kehren wir zu den Schlußfolgerungen zurück, die sich aus unserer Abhandlung hinsichtlich der Kraepelinschen Paranoia ergeben. Es wäre zu wünschen, daß der sehr geschickte Maiersche Ausdruck „katathym" sich neben seiner allgemeinen Fassung gerade in der engen, präzis umschriebenen Bedeutung für die geradlinig entwickelten Wunschpsychosen einbürgern möchte; jedenfalls soll er hier weiterhin ausschließlich in diesem Sinne gebraucht werden. Gibt die Paranoiaschilderung des neuesten Kraepelinschen Lehrbuchs ein reines Bild der katathymen Selbstentwicklungen und damit eine wenigstens einigermaßen einheitliche Krankheitsgruppe wieder? Gewiß nicht. Die Wunschpsychosen geben nur in der neuen Auflage das gut erkennbare Hauptmodell der Paranoiazeichnung ab, so wie in früheren Auflagen die durch den Querulantenwahn vertretenen Kampfpsychosen ein ausgesprochenes Hauptmodell gewesen sind. Daneben sind aber, und zwar ohne durchweg präzise Kennzeichnung ihrer selbständigen Eigenart, Züge aus anderen, chronisch wahnbildenden Entwicklungen mit in die Schilderung eingeflossen.

Die sensitive Charakteranlage und die gesetzmäßig mit ihr zusammenhängende Form der Wahnbildung findet sich in der Kraepelinschen Paranoiaschilderung nirgends bestimmt umschrieben. Man gewinnt

auch den Eindruck, daß reine Formen von sensitivem Beziehungswahn Kraepelin dabei nicht vor Augen gestanden sind. Um so bestimmter wird aber bei der Lektüre mancher Stellen des Lehrbuchs die Vermutung, daß die so häufige Zumischung sensitiver Komponenten zu anderen charakterogenen Wahnformen unbewußt die Beschreibung mitfärbte.

Der Abschnitt „Verfolgungswahn" mag vielleicht solche Einschläge enthalten, besonders soweit die von Kraepelin betonte Kombination mit hypochondrischen Befürchtungen statthat. Besonders aber kommt Kraepelin sehr in die Nähe unseres sensitiven Charakterbildes, wenn er bei Besprechung der psychologischen Genese des Wahns aus der persönlichen Eigenart unter anderem die Vermutung ausspricht, daß die „aus mangelhafter Veranlagung entspringende Unzulänglichkeit für den Kampf mit dem Leben" als Wurzel der Verfolgungsideen anzusehen wäre. In dieser sehr allgemeinen Fassung läßt sich allerdings der Gedanke allenfalls auch noch auf die Wahnbildungen der Intriganten und Querulanten anwenden. Noch verwandter klingt die gleich nachher formulierte Auffassung, daß die Reaktionsweise des Paranoikers darauf hinzudeuten scheint, „daß bei ihm auch da, wo er dauernd die innere Unsicherheit empfindet, zugleich ein gesteigertes Selbstgefühl vorhanden ist; dies eben bedingt seine besondere Empfindlichkeit". Diese Formulierung läßt kaum einen Zweifel darüber, daß Kraepelin an manchen seiner Fälle sensitive Charaktermomente beobachtet hat. Gleichzeitig zeigt allerdings die Tatsache, daß Kraepelin (ähnlich übrigens auch Bleuler) hier das Stärkeverhältnis zwischen der sthenischen und asthenischen Charakterkomponente nicht berührt, daß eine Differenzierung zwischen expansiven und sensitiven Wahnformen für ihn nicht besteht; denn einen asthenischen Einschlag hat auch der Charakter des Kampfneurotikers, nur im umgekehrten Mischungsverhältnis, wie der des Sensitiven.

Viel klarer als die sensitiven Züge sind die Verwandtschaften der Paranoia nach der expansiven Seite hin von Kraepelin selbst herausgearbeitet. Er betont, daß der Verschiebung des Querulantenwahns aus dem alten Rahmen der Paranoia hinüber zu den psychogenen Erkrankungen „nur eine verhältnismäßig untergeordnete Bedeutung zukommt", daß auch beim Paranoiker „bestimmte Lebenserfahrungen einen maßgebenden Einfluß auf die Gestaltung des Wahnsystems gewinnen" können, daß „der Kampf mit dem Leben" ihn „zu trotziger Selbstüberhebung aufrüttelt". In den anschaulichen Schilderungen Kraepelins tritt der oft zähe, leidenschaftliche Kampf der Erfinder, Propheten und falschen Prinzen um ihre vermeintlichen Rechte lebendig genug hervor, ein Kampf, der sie nicht selten, gerade so wie die Querulanten, in soziale Konflikte hineinführt.

Was ist nun aber, so fragen wir, überhaupt für ein Unterschied zwischen einem Querulanten, der aus einer Wunschphantasie heraus kämpft, und einem Erfinder, der kämpfend eine Wunschphantasie zu realisieren sucht? Denn ist nicht die eine Hälfte des Querulanten ein Träumer, der, blind für die Realitäten der Außenwelt, mit dem innerlichen Auge die Möglichkeit seiner unmöglichen Wünsche vor sich sieht — und die Hälfte des Erfinders ein Prozeßkrämer, der sein verfehltes Patent gegen den Spott der Welt durch alle Instanzen durchficht?

Wenden wir uns aber den weicheren Paranoikertypen zu. Haben diese stillen Verliebten und skrupulösen Bibelforscher Kraepelins die Schwäche und Unsicherheit im Lebenskampf nicht mit unseren Sensitiven gemein? Sind sie nicht oft auch schüchterne, einsame Grübler, bis ihr ausgereifter Wahn, wie diese, sie hervorzutreten drängt? Umgekehrt ist die stille, aussichtslose Verliebtheit, die die alternden sensitiven Mädchen jahrelang in ihrem Herzen hegen, der Prinzessinnenliebe des Kraepelinschen Paranoikers zum Verwechseln ähnlich; den Wahn, wiedergeliebt zu werden, finden wir dort (vgl. Wernickes Lehrerin) wie hier. Denn für Träumer und Dichter ist die Liebe zu Prinzessinnen nicht absurder, als die Liebe zu einem Oberlehrer. Dem Hang zum Märchen und zu exotischen Träumen, dem Einspinnen in die Welt der Dichtkunst oder in überspannte religiöse Absonderlichkeiten sind wir bei den Sensitiven oft begegnet. Vollends aber zeigen uns Fälle, wie der des Bauernsohnes K., wie aus derselben Charakteranlage eines gemütvollen, weichen Sonderlings gleichzeitig nebeneinander ein sensitiver Beziehungswahn und eine Liebeswunschpsychose hervorsprießen können. Oder man erinnere sich an den Fall Wagner, wo aus der gequälten Überreiztheit des sensitiven Beziehungswahns der Prophetenwahn seine Nahrung bezieht und dieser wieder der Kampfpsychose zum Durchbruch verhilft. Man erinnere sich an den Fall Bjerres, wo in der umgekehrten psychologischen Anordnung aus den seelischen Verwicklungen einer abortiven erotischen Verrücktheit der sensitive Beziehungswahn geboren wird, oder an Fälle wie Bruhn, wo ein Stück Liebeswahn in die Sensitivpsychose sich einlagert. Überall sehen wir, sobald wir tiefer dringen, die seelischen Zusammenhänge der „psychogenen" Wahnformen und derjenigen, die Kraepelin „echt paranoisch" nennt, in einem unauflöslich feinen Gespinst sich verflechten.

Wenn sich nun aber zwischen der psychologischen Struktur aller drei wahnbildenden Gruppen keine durchgreifenden Trennungslinien ziehen lassen, wenn von den Kraepelinschen Wunschparanoikern die einen ohne die zähe Kampfnatur des Querulanten, die anderen ohne die aus Unsicherheit geborene Beziehungssucht und weiche Innerlichkeit des Sensitiven sich nicht denken lassen, was berechtigt uns dann, sie in eine besondere Krankheitseinheit gegen die beiden anderen einzuschließen?

Auch die Verlaufsform, auf die Kraepelin früher großen Wert legte, könnte dies nicht rechtfertigen. Auch der Querulantenwahn und in schwereren Fällen der sensitive Beziehungswahn bilden chronische Erkrankungen, die ohne ersichtliches Ende sich über große Lebensstrecken ausbreiten. Kraepelin selbst hat hierin andererseits die grundsätzliche Starrheit aufgegeben, indem er „gegen das Vorkommen milder, psychogener, in Heilung ausgehender Paranoiaformen keine Einwendung" mehr erhebt. Wir haben aber schon gegenüber der Friedmannschen Paranoia betont, daß überhaupt das einseitige Sammeln nur der paranoischen Verlaufsformen, mit Einschluß der „milden", wissenschaftlich nicht förderlich erscheint. Wir haben am sensitiven Beziehungswahn gesehen, daß die neurotischen und die dissoziativ phantastischen Formen mit den einfach paranoischen zusammen eine unzertrennliche Einheit bilden und daß wir uns nur die Einsicht in den großen psychologischen Zusammenhang der

Krankheitsbilder versperren könnten, wenn wir diese ohne jene betrachten wollten.

Bleibt nur noch der Unterschied in der Krankheitsauslösung, zwischen reaktiver Entwicklung und Selbstentwicklung. Kraepelin hat in der neuen Auflage diesen Unterschied zum Hauptkriterium zwischen der echten Paranoia „die sich rein aus inneren Ursachen heraus entwickelt" und dem Querulantenwahn, überhaupt den psychogenen Erkrankungen gemacht, bei denen die „Wahnbildung an einen bestimmten äußeren Anlaß" anknüpft. Wir haben schon oben diesen bemerkenswerten Unterschied betont, der tatsächlich zwischen den Wunschpsychosen einerseits, den Sensitiv- und Kampfpsychosen andererseits besteht. Reicht er aber zu, um die „echte Paranoia" von allen übrigen „psychogenen" Wahnformen als besondere Krankheitseinheit (nicht bloß Krankheitsgruppe) herauszuheben? Kraepelin hat auch in dieser Richtung starke Konzessionen gemacht: „Die Unterschiede in der Entstehungsgeschichte des Querulantenwahns und der Paranoia laufen somit nur auf eine gewisse Verschiebung des Verhältnisses zwischen äußeren, psychogenen Einflüssen und inneren Krankheitsursachen hinaus" oder „die Paranoia und die psychogene Wahnbildung darf man sich vielleicht als die Endglieder einer Kette vorstellen, in der alle möglichen Zwischenglieder vertreten sind". Daß es sich hier doch nur um Konzessionen handelt, geht daraus hervor, daß Kraepelin eben trotzdem „die Paranoia" als solche aufrecht erhält.

Es ist daher nicht überflüssig, einmal die ganze Relativität des Unterschiedes zwischen reaktiver Entwicklung und Selbstentwicklung an Hand der Kraepelinschen Paranoia zu beleuchten. Wir übergehen dabei den oben erläuterten Gesichtspunkt, daß expansive und auch sensitive Komponenten unzertrennlich in die Entwicklung vieler Wunschparanoiker verflochten sind. Schon dieser Gesichtspunkt, auf den sich wohl in erster Linie Kraepelins Konzessionen beziehen, wäre für sich allein ausreichend, um die Zweckmäßigkeit einer besonderen Abtrennung der Wunschpsychosen in Frage zu stellen. Beschränken wir uns aber auf die reinen Wunschpsychosen. Wir haben oben am Fall K. gesehen, daß ein Liebeswahn, der psychologisch der erotischen Verrücktheit Kraepelins entspricht, exquisit reaktiv, „psychogen", genau wie ein sensitiver Beziehungswahn und gleichzeitig mit einem solchen entstehen kann. Soll man ihn nun als Paranoia bezeichnen, weil er eine Wunschpsychose darstellt, oder ihn den psychogenen Erkrankungen zurechnen, weil er reaktiv entstand?

Nun fragt sich aber weiter, ob man die romantische Verliebtheit, die einen Paranoiker beim Anblick einer hochgestellten Dame erfaßt, — man verstehe wohl: den initialen Zuneigungsgedanken, nicht das Wahnsystem, das er nachher daraus herausspinnt — ob man diese romantische Schwärmerei selbst schon als etwas Krankhaftes, als das erste Symptom der Paranoia betrachten darf. Bejahen wir diese Frage, so müssen wir alle heranwachsenden Mädchen, die sich in einen berühmten Operntenor verlieben — aus den gleichen psychologischen Gründen und mit derselben romantischen Aussichtslosigkeit — für paranoisch erklären. Und was das Lebensalter betrifft, so gibt es genug Dichter, die die Pubertätsjahre hinter sich haben und sich trotzdem mit absurder Leidenschaft in hochgestellte, unerreichbare Damen verlieben und eben deshalb verlieben,

weil sie sie nur ein paarmal flüchtig erblickt haben. Diese Form der leidenschaftlichen, romantischen Fernliebe ist also durchaus nichts Paranoisches, überhaupt nichts Krankhaftes, sondern eine im allgemeinen recht harmlose Spielart physiologischer Erotik. Wir verdanken solcher Art von Liebe manches wertvolle Kunstwerk. Den flüchtigen Blick aus einer vorüberrollenden Kutsche, dem sie ihre Entstehung verdankt, nennt der Dichter sein Erlebnis und zehrt jahrelang davon.

Erschrecken wir nicht vor dem weiteren Schluß: also ist der erste vermeintliche Liebesblick der Prinzessin für den Paranoiker sein Erlebnis und der ganze Liebeswahn, der sich daraus entwickelt, ist reaktiv, „psychogen" dadurch verursacht. Ich wüßte in der Tat nicht, was sich Stichhaltiges gegen diese Anschauungsweise einwenden ließe, sobald wir einmal der äußeren Erlebniskonstellation bei der Paranoia dieselbe Aufmerksamkeit zuwenden wollen, wie wir es beim Querulantenwahn schon immer tun. Oder hat etwa das Stück abgebrochene Zaunlatte, über dessen Reparatur ein Querulantenwahn entsteht, mehr äußere Bedeutsamkeit, als der Anblick einer Prinzessin? Denn dies ist klar: Bei jedem, nicht nur pathogenen Erlebnis, ist der äußere Erlebnisstoff die Nebensache, die Hauptsache aber das Innenerlebnis, das was die erlebende Persönlichkeit für sich aus ihm formt, so daß man — cum grano salis — sagen möchte: jeder Mensch erlebt das, was er ist.

Jedenfalls ist nicht einzusehen, weshalb man dem religiösen Paranoiker[1]), der bei der Lektüre an einer bestimmten Bibelstelle hängenbleibt, nicht ebenso sein Erlebnis zubilligen sollte, wie dem Querulanten, der über die Schwelle seines Nachbars stolpert. Die Bibelstelle hat so viel oder wenig Schuld daran, daß der Paranoiker über ihr eine Sekte gründet, wie der Oberlehrer, daß das sensitive Mädchen über ihm beziehungssüchtig wird, oder der Zaunpfahl, daß der Querulant über ihm sein Vermögen verspielt. Das Innenerlebnis, das dem Psychopathen „rein aus inneren Ursachen", kraft seiner spezifischen Konstitution daraus wird, der schnöde Rechtsbruch, den er in der Zaunlücke, die Sünde, die er in seiner verschwiegenen Liebe, die göttliche Berufung zum Propheten, die er in der Bibelstelle sieht, dieses Innenerlebnis macht den Paranoiker.

Sagen wir ruhig: „den Paranoiker". Das empörende Erlebnis macht den Kampfparanoiker, das verhaltene Erlebnis den Sensitivparanoiker und das phantasiegetragene Erlebnis den Wunschparanoiker. Denn dann haben wir die Lösung des Paranoiaproblems fertig, wenn wir klar zugestanden haben,

[1]) Einer der Kraepelinschen Hauptfälle, der „ewig königliche Hochzeitsmahlgeber" des Lehrbuchs, wurde neulich von W. Gutsch kasuistisch veröffentlicht. Auch in der dortigen, nur ganz skizzenhaften Darstellung der Charakter- und Erlebnismomente schimmert doch eine doppelte Erlebniswirkung deutlich genug hervor. Das, was ich bei dem begabten und brennend ehrgeizigen Mann als das bestimmende und eigentlich pathogene Erlebnis vermute, ist die zweimalige Vereitelung der Aussichten auf einen höheren Lebensberuf (Studium, Kunstakademie). Diese Zerknickung eines lebenswichtigen Ziels entspricht genau der Keimanlage der Wunschpsychose bei unserem Bauernsohn K., nur daß es sich dort um Liebe, hier um Beruf handelt, die beiden Pole, um die sich auch die Sensitivpsychosen drehen. Eins ist so „psychogen" wie das andere. Inhaltgebend auf diese, durch den Mißerfolg stimulierte Wunschrichtung auf ein höheres Lebensglück wirkt dann die Lektüre des „Prophetenbüchleins". Milieuwirkungen der bigotten ländlichen Umgebung dürften außerdem mitgespielt haben.

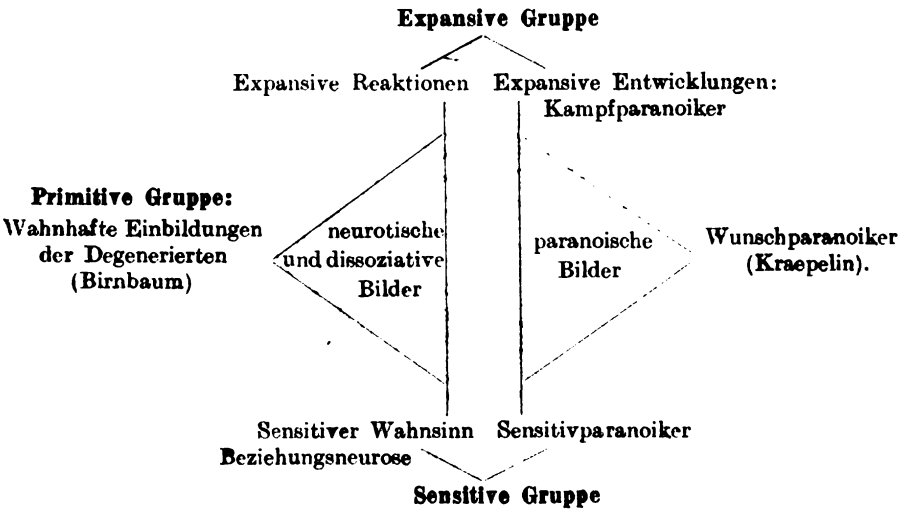
daß es Paranoiker, aber keine Paranoia gibt. Wir haben zunächst einmal drei Gruppen charakterogener Wahnentwicklung kennengelernt, die zu chronischer Systembildung neigen, die man also nach altem klinischen Sprachgebrauch als paranoisch bezeichnen kann: expansive oder Kampfparanoiker, sensitive oder Gewissensparanoiker und Wunschparanoiker. Jede dieser Typen bildet, wie wir gesehen haben, eine selbständige Krankheitsgruppe von präziser Eigenart. Wie oder wo aber sollen wir aus diesen gegebenen Krankheitsgruppen der Paranoiker eine Krankheitseinheit „Paranoia" herausschneiden? Versucht man, wie Kraepelin es tut, die Einzelgruppe der Wunschparanoiker für sich als Einheit herauszuschälen, so bekommt man die Hälfte der kampfparanoischen Gruppe und noch einiges Sensitive mit unter die Schere. Weshalb nun allerdings der zugleich handliche und klinisch eingebürgerte Ausdruck „Paranoia" gerade für die kleine Gruppe der Wunschpsychosen reserviert werden müßte, ist am wenigsten einzusehen. Man vergleiche hierzu besonders auch die verwandten Anschauungen von Wilmanns „zur klinischen Stellung der Paranoia". Würden wir aber denselben Versuch, sie zur Krankheitseinheit „Paranoia" zu stempeln, bei einer der beiden anderen Gruppen machen, so würde es damit nicht besser ergehen. Denn wir haben an den Sensitivpsychosen gezeigt, daß alle psychopathisch-reaktiven Krankheiten zwar eigenartig scharf bestimmte Gruppen bilden, daß aber alle diese Gruppen durch unzerreißbare, gesetzmäßige Zusammenhänge miteinander verbunden sind.

Oder ließe sich eine Krankheitseinheit dadurch herstellen, daß man den drei Gruppen zusammen den Namen „Paranoia" gäbe? Auf den ersten Blick hat diese Lösung viel Bestechendes. Sie wäre aber nicht weniger gewaltsam und entstellend, wie die andere. Denn die chronisch systematisierende, also die paranoische Verlaufsform ist nur eine von den Reaktionstypen, die dasselbe Erlebnis aus demselben Charakter hervorrufen kann. Diese Erkenntnis, die wir aus dem Studium der sensitiven Erkrankungen soeben gewonnen haben, ließe sich, wenn man sich die Mühe nähme, wohl in entsprechender Weise auch an den Kampf- und Wunschpsychosen erhärten. Ein sensitiver Wahnsinn oder eine Beziehungsneurose gehört mit einer sensitiven Paranoia, sobald wir ätiologisch und nicht formal symptomatisch denken, viel inniger zusammen, als eine paranoische Form von Kampf- oder Wunschpsychose.

Man würde demnach alle psychopathischen Reaktionen und Entwicklungen, die kombinatorische Wahnsystembildung zeigen, als „paranoisch" bezeichnen und diesem ganzen Symptombild, wie Kraepelin es gegenüber der Wunschpsychose tut, das „paraphrene" gegenüberstellen, das die besonnene Wahnbildung der endogenen Prozesse umfaßt. Daß man die Bezeichnung „paranoisch" nicht überhaupt aufgibt, dafür spricht, ähnlich wie bei der Hysterie, das klare praktische Bedürfnis, dafür sprechen aber auch die engen inneren Beziehungen, die zwischen den drei paranoischen Gruppen, nicht nur formal symptomatisch, sondern auch charakterologisch und psychologisch sich haben aufzeigen lassen. — Der Vorschlag zur Lösung des Paranoiaproblems, wie wir ihn soeben gemacht haben, liegt genau in der Entwicklungslinie des Kraepelinschen Systems. Er stellt den Zielpunkt dar, nach dem die im neuesten Lehrbuch Kraepelins schon halb gemachten

Einräumungen konvergieren, und dem auch Bleuler mit der vorsichtigen Vermutung zustrebt: „Es ist also möglich, daß die Paranoia nichts als eine krankhafte Reaktion eines Psychopathen auf gewisse unangenehme Umstände sei." Die Folgerungen, zu denen uns die Untersuchung der Sensitivpsychosen gedrängt hat, sind dieselben, zu denen Kraepelin durch die bewundernswerte Konsequenz seines durch ein Menschenalter vorwärtsentwickelten Paranoiabegriffs gedrängt wird.

Nach dem verwickelten Gang unserer Untersuchungen erscheint es zweckmäßig, die Beziehungen zwischen allen Formen psychopathischer Wahnbildung, und damit auch der sensitiven Erkrankungen zu ihrer klinischen Umgebung in einem anschaulichen Bild zusammenzufassen, indem wir dem Dreieck, unter dem wir die früher besprochenen psychopathisch-reaktiven Wahnbildungen in ihrem Verhältnis zueinander erläuterten, das paranoische Formgebiet angliedern. Es ergibt sich dann folgendes Schema:



Man kann so, wenn man auf die Verlaufsform Gewicht legt, die paranoischen Bilder in einem engeren Formkreis zusammenfassen; die vorübergehenden neurotischen Urteilstrübungen und die dissoziativen Wahnbildungen auf psychopathisch reaktiver Basis wurden nur der Einfachheit halber, und weil sie schon bisher großenteils als „psychogen" anerkannt wurden, in einem Formkreis zusammengefaßt; sie bilden selbstverständlich nichts symptomatisch Einheitliches. Die sensitive und wohl ebenso die expansive Gruppe gibt ebenso paranoische Verlaufstypen, wie unparanoische. Die rein primitive Gruppe scheint vorwiegend unparanoische, die Gruppe der Wunschpsychosen vorwiegend paranoische Bilder zu liefern. Diese letztere bedarf übrigens hinsichtlich der charakterologischen Grundlagen und der Übergänge zu neurotischen und dissoziativen Formen noch genauerer Untersuchungen. Die Vermutung ist, auch nach der Kraepelinschen Schilderung, nicht von der Hand zu weisen, daß es zwischen den katathymp-seudologischen Phantasten der primitiven Gruppe und den Wunschparanoikern wahrscheinlich Übergänge geben wird. Man vergleiche hierzu den Fall Bjerres einschließlich der sehr interessanten Heredität.

Überhaupt haben wir klarheitshalber ja nur die hochwertigsten Typen unserer Schilderung zugrunde gelegt und z. B. die besonders zahlreichen wahnbildenden Psychopathen, die zwischen den expansiven und primitiven Charakteren einzureihen sind, nicht besonders ins Auge gefaßt, obgleich gerade sie einen beträchtlichen Beitrag etwa zum Verfolgungs- und Eifersuchtswahn liefern. — Das oben gezeichnete Schema soll also nur ein ganz skizzenhafter und vorläufiger Versuch sein, über vielumstrittene Gebiete inzwischen einen geordneten Überblick zu geben. Es liegt mir vollständig fern (besonders was die spätere charakterologische Einordnung der Wunschparanoiker betrifft), mich hierin festzulegen.

Wir sind am Ende. Das weite Gebiet der psychiatrischen Charakterlehre, in das wir mit der Erforschung der Reaktionen sensitiver Persönlichkeit vorgedrungen sind, liegt, erst von wenigen Streiflichtern erhellt, in Dämmerung vor uns, von Pfaden wimmelnd, die zu verlockenden Zielen zu führen scheinen, Zielen künstlerischer Anschauung und forschender Vertiefung, zu Fragen, die in weitere menschliche Horizonte sich hinausdehnen, wo die Psychologie des Arztes sich erst ihr Bürgerrecht erwerben muß.

Literatur.

(Ausgedehnte Verzeichnisse für das Gebiet der Paranoia bei Schnizer, Die Paranoiafrage, und Krueger, Die Paranoia.)

Birnbaum: Über degenerativ Verschrobene. Centralbl. f. Nervenheilk. 1906.
— Psychosen mit Wahnbildung und wahnhafte Einbildungen bei Degenerierten. Halle 1908.
— Über vorübergehende Wahnbildung auf degenerativer Basis. Centralbl. f. Nervenheilk. 1908.
— Über psychopathische Persönlichkeiten. Wiesbaden 1909.
— Dementia praecox und Wahnpsychose der Degenerativen. Centralbl. f. Nervenheilk. 1909.
Bjerre: Zur Radikalbehandlung der chronischen Paranoia. Jahrb. f. psychoanalyt. u. psychopath. Forsch. **3**, 795.
Bleuler: Affektivität, Suggestibilität, Paranoia. Halle 1906.
— Wahnhafte Einbildungen der Degenerierten. Centralbl. f. Nervenheilk. 1909.
— Lehrbuch der Psychiatrie. Berlin 1916.
Boege: Die periodische Paranoia. Archiv f. Psych. **43**, 1908.
Bonhöffer: Klinische Beiträge zur Lehre von den Degenerationspsychosen. Centralbl. f. Nervenheilk. 1907.
— Ebenso. Sammlung zwangloser Abhandlungen a. d. Gebiet der Nerven- und Geisteskrankheiten **7**, H. 6.
— Wie weit kommen psychogene Krankheitszustände und Krankheitsprozesse vor, die nicht der Hysterie zuzurechnen sind? Allgem. Zeitschr. f. Psych. **68**, 1911.
Buder, Über Querulantenwahn. Allg. Zeitschr. f. Psych. **69**, 492.
Freud: Charakter und Analerotik. Psych.-Neurol. Wochenschr. **9**, 52. 1908.
— Bemerkungen über einen Fall von Zwangsneurose. Jahrb. f. psychoanal. u. psychopath. Forsch. **1**, 1909.
— Psychoanalytische Bemerkungen über einen autobiographisch beschriebenen Fall von Paranoia (Dementia paranoides). Jahrb. f. psychoanal. u. psychopath. Forsch. **3**, 1911.
Friedmann, Über den Wahn. Wiesbaden 1894.
— Beiträge zur Lehre von der Paranoia. Monatsschr. f. Psych. **17**, 1905.
Gaupp: Über paranoische Veranlagung und abortive Paranoia. Centralbl. f. Nervenheilk. 1910.
— Über den Begriff Hysterie. Zeitschr. f. d. ges. Neur. u. Psych., Orig. **5**, 1911.
— Der Fall Wagner. Verbrechertypen (Gruhle und Wetzel). Berlin 1914.
Gierlich: Über periodische Paranoia. Archiv f. Psych. **40**, 1905.
Gutsch, Beitrag zur Paranoiafrage. Zeitschr. f. d. ges. Neur. u. Psych., Orig. **38**, 1918.
Heilbronner: Hysterie und Querulantenwahn. Centralbl. f. Nervenheilk. 1907.
Hösslin: Die paranoiden Erkrankungen. Zeitschr. f. d. ges. Neur. u. Psych., Orig. **18**, 1913.
Janet: Les obsessions et la psychasthénie. Paris 1903. 2 Bände.
Jaspers: Eifersuchtswahn. Zeitschr. f. d. ges. Neur. u. Psych., Orig. **1**, 1910.
— Allgemeine Psychopathologie. Berlin 1913.
Kleist: Die Involutionsparanoia. Allgem. Zeitschr. f. Psych. **70**, 1913.
Koch: Die psychopathischen Minderwertigkeiten. Ravensburg 1891.
Kraepelin: Psychiatrie. 8. Aufl., 4. Bd. 1915.
Krueger: Die Paranoia. Berlin 1917.
Lipps: Leitfaden der Psychologie. Leipzig 1909.

Lomer: Wahn und Persönlichkeit. Centralbl. f. Nervenheilk. 1905.
— Einige Wurzeln der Wahnbildung im Alltagsleben. Psych.-Neurol. Wochenschr. 1905.
Magnan: Psychiatrische Vorlesungen. Leipzig 1891.
Maier: Über katathyme Wahnbildung. Zeitschr. f. d. ges. Neur. u. Psych., Orig. **13**, 1912.
Margulies: Die primäre Bedeutung der Affekte im ersten Stadium der Paranoia. Monatsschr. f. Psych. u. Neurol. **10**, 1901.
Moravcsik: Über paranoische Geistesstörungen. Allgem. Zeitschr. f. Psych. **72**, 1916.
Neißer: Individualität und Psychose. Berliner klin. Wochenschr. 1905.
Pfeiffer: Über das Krankheitsbild der zirkumskripten Autopsychose auf Grund einer überwertigen Idee. Monatsschr. f. Psych. u. Neurol. **19**.
Rüdin: Über die klinischen Formen der Seelenstörungen bei zu lebenslänglicher Zuchthausstrafe Verurteilten. Habilitationsschrift 1909.
Schnizer: Die Paranoiafrage. Zeitschr. f. d. ges. Neur. u. Psych. Ref. **8**, 1914.
— Zur Paranoiafrage. Zeitschrift f. d. ges. Neur. u. Psych., Orig. **27**, 1915.
Siefert: Über Geistesstörungen der Strafhaft. Halle 1907.
Stransky: Die paranoiden Erkrankungen. Zeitschr. f. d. ges. Neur. u. Psych., Orig. **18**, 1913.
Tiling: Über die Entwicklung der Wahnideen und Halluzinationen aus dem normalen Geistesleben. Riga 1897.
— Zur Paranoiafrage. Psych.-Neurol. Wochenschr. 1901.
— Zur Ätiologie der Geistesstörungen. Centralbl. f. Nervenheilk. 1903.
— Individuelle Geistesartung und Geistesstörung. Wiesbaden 1904.
— Clemens Neißer: Individualität und Psychose. Allgem. Zeitschr. f. Psych. **62** und Centralbl. f. Nervenheilk. 1906.
Wernicke: Grundriß der Psychiatrie. 1906.
Wilmanns: Zur klinischen Stellung der Paranoia. Centralbl. f. Nervenheilk. 1910.
— Über Gefängnispsychosen. Halle 1908.
— Zur Differentialdiagnostik der „funktionellen" Psychosen. Centralbl. f. Nervenheilk. 1907.
Ziehen: Psychiatrie. Leipzig 1908.
— Eine neue Form der periodischen Psychosen. Monatsschr. f. Psych. u. Neurol. **3**.
— Zur Lehre von den psychopathischen Konstitutionen. Charité-Annalen XXIX.

Druck der Spamerschen Buchdruckerei in Leipzig.

UNIVERSITY OF MINNESOTA
biom heft.16
616.8 M755

Monographien aus dem Gesamtgebiete der N

3 1951 000 420 704 1